UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF

MARIANA BRAGA SALGUEIRO

ENTRE O LEITE E O SILÊNCIO: VIVÊNCIAS DE MULHERES QUE DESMAMARAM PRECOCEMENTE

RIO DE JANEIRO
2025

MARIANA BRAGA SALGUEIRO

Entre o leite e o silêncio: vivências de mulheres que desmamaram precocemente

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Mestrado da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto.
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - EEAP/UNIRIO, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem e Biociências.
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Selma Villas Boas Teixeira

RIO DE JANEIRO
2025

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Catalogação informatizada pela autora

Braga Salgueiro, Mariana
Entre o leite e o silêncio: vivências de mulheres que desmamaram precocemente / Mariana Braga Salgueiro. -- Rio de Janeiro : UNIRIO, 2025.
144

Orientador: Selma Villas Boas Teixeira.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2025.

1. Desmame. 2. Violência Contra a Mulher. 3. Aleitamento Materno. I. Villas Boas Teixeira, Selma , orient. II. Título.

SALGUEIRO, Mariana Braga. Entre o leite e o silêncio: vivências de mulheres que desmamaram precocemente. 2025. 144p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio de Janeiro, 2025.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro para obtenção do título de Mestre em Enfermagem e Biociências. Área de concentração: Enfermagem, saúde e cuidado na sociedade. Linha de Pesquisa: Saúde, história e cultura: saberes em enfermagem.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
SELMA VILLAS BOAS TEIXEIRA
Data: 17/09/2025 16:41:35-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

_____
Prof.ª Dr.ª Selma Villas Boas Teixeira
Presidente
Doutora em Enfermagem - Orientadora
Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Stricto Sensu da UNIRIO-Mestrado (PPGENFBIO)

_____
Prof.ª Dr.ª Ana Claudia Mateus Barreto
1ª. Examinadora externa
Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da UFF campus Rio das Ostras

_____
Prof.ª Dr.ª Leila Rangel da Silva
1ª. Examinadora interna
Professora Titular Aposentada do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - UNIRIO

_____
Prof.ª Dr.ª Luciane Marques de Araujo
Suplente Externa
Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem - UERJ

_____
Prof.ª Dr.ª Inês Maria Meneses dos Santos
Suplente Interna
Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

Aos meus pais, Marcio e Veronica, por terem me criado em um lar cheio de amor, me dando a possibilidade de crescer, aprender, amar, estudar e voar. Agradeço por terem compartilhado ensinamentos que nunca serão esquecidos e o principal deles é terem me ensinado que a única coisa que ninguém pode tirar de mim é o conhecimento. Ao meu amor, Kevin, por todo apoio e compreensão nesta etapa. Aos meus amigos, por compreenderem minha ausência e torcerem comigo por esta vitória. À minha família, minha rede de apoio, meu suporte e minha base. Vocês me sustentaram até aqui. Obrigada!

Dedico esta dissertação a vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da minha vida e por ter me capacitado para chegar até aqui hoje. Foram muitos choros, angústias, medo e dias em que pensei que não conseguiria, mas suas mãos sempre me sustentaram e me mantiveram de pé.

A cada mulher que doou seu precioso tempo para me contar um pouco de sua história, muitas vezes marcadas por dores invisíveis, lutas silenciosas e suspiros de esperança. Vocês tocaram a minha vida de maneira especial e mudaram tudo. Obrigada!

Aos Enfermeiros que abriram as portas de suas Unidades para me receber e que estavam sempre aptos para sanar minhas dúvidas e inquietações, em especial o Lucas e a Grasiela. Obrigada por todo suporte.

À minha amiga Fernanda, por ter sido uma companheira fiel durante esses dois anos. Você tornou tudo mais fácil.

Ao professor Carlos Roberto Lyra, por ter aberto as portas de seu laboratório e compartilhado comigo sua inteligência e amor à profissão.

À minha orientadora, Prof.ª Dr.ª Selma Villas Boas Teixeira, agradeço por toda paciência e ensinamentos, sei que o caminho até aqui não foi fácil, mas conseguimos e eu me orgulho da nossa trajetória para a construção deste trabalho. Obrigada por me orientar e compartilhar seus conhecimentos.

Às integrantes da Banca de Qualificação e Dissertação, Prof.ª Dr.ª Ana Claudia Mateus Barreto, Prof.ª Dr.ª Leila Rangel da Silva, Prof.ª Dr.ª Luciane Marques de Araujo e Prof.ª Dr.ª Inês Maria Meneses dos Santos, que contribuíram valiosamente com esta dissertação, agradeço a todas pela disponibilidade, empatia e comprometimento.

“É justo que muito custe o que muito vale. ”

Santa Teresa D'Ávila

SALGUEIRO, Mariana Braga. Entre o leite o silêncio: vivências de mulheres que desmamaram precocemente. 2025. 144p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio de Janeiro, 2025.

RESUMO

Introdução: O leite materno é um alimento completo, econômico e eficaz, capaz de fornecer todos os nutrientes indispensáveis para o adequado desenvolvimento da criança, além de suprir suas necessidades básicas até o sexto mês de vida. No entanto, em âmbito global, as taxas de amamentação permanecem abaixo do ideal, contrastando com as recomendações para a promoção da saúde materna e infantil. O objeto deste estudo é compreender o contexto biológico, social e familiar que contribuiu para o desmame precoce. **Objetivos:** Caracterizar o perfil sociodemográfico e reprodutivo das mulheres que desmamaram precocemente; discutir os fatores presentes em seus contextos biológico e social; e analisar os elementos do contexto familiar que contribuíram para o desmame precoce. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, realizada em três cenários vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), que prestam atendimento a mulheres e crianças no município de Teresópolis. A coleta de dados foi conduzida entre janeiro e maio de 2024, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO (CAAE: 76499923.5.0000.5285). A interpretação dos dados ocorreu por meio da análise temática, da qual emergiu uma categoria central intitulada "Vivências das mulheres que desmamaram precocemente", subdividida em duas subcategorias: "Fatores biológicos e sociais que contribuíram para o desmame precoce" e "Vivências familiares que contribuíram para o desmame precoce". **Resultados:** Participaram do estudo 12 mulheres, com idades entre 19 e 35 anos, residentes em Teresópolis, que acompanhavam seus filhos, de 6 meses a 23 meses e 29 dias de idade, nas consultas de puericultura. Todas apresentavam boas condições físicas e psicológicas e desmamaram seus filhos antes do sexto mês de vida. Foram excluídas da pesquisa as mulheres com contraindicação formal para amamentação, aquelas que adotaram seus filhos ou que possuíam gestação gemelar. Das participantes, metade se autodeclarou branca e a outra metade, negra. A maioria professava alguma religião, apresentava baixa escolaridade e baixa renda. Grande parte trabalhava no setor de serviços ou exercia atividades domésticas. Predominavam mulheres primíparas, heterossexuais, casadas ou em união estável, sendo que, na maioria dos casos, a gestação não havia sido planejada. Diversos fatores biológicos, econômicos e sociais contribuíram para o desmame precoce, entre os quais se destacam: alterações anatômicas nas mamas; introdução precoce de bicos artificiais; malformações congênitas dos bebês; intercorrências obstétricas; retorno ao trabalho; ausência de rede social de apoio; falta de orientações adequadas por parte dos profissionais de saúde; além da presença de violência intrafamiliar e nas relações com o parceiro íntimo. **Conclusão:** Os resultados demonstraram que as causas do desmame precoce são multifatoriais e refletem uma dinâmica social complexa. Destaca-se a relevância do papel das enfermeiras e demais profissionais de saúde nos diferentes cenários de cuidado durante o período perinatal, especialmente quanto ao acolhimento, escuta qualificada, apoio emocional, esclarecimento de dúvidas e orientações relacionadas à gestação, ao parto, ao pós-parto e ao aleitamento materno. Ressalta-se, ainda, a importância da identificação precoce de situações de violência de gênero, dada sua repercussão na saúde materna e fetal.

Palavras chaves: Desmame. Violência por Parceiro Íntimo. Violência Doméstica. Violência Contra a Mulher. Aleitamento Materno.

SALGUEIRO, Mariana Braga. Entre o leite e o silêncio: vivências de mulheres que desmamaram precocemente. 2025. 144p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio de Janeiro, 2025.

ABSTRACT

Introduction: Breast milk is a complete, economical, and effective food, capable of providing all the essential nutrients for the proper development of the child, in addition to meeting their basic needs until the sixth month of life. However, globally, breastfeeding rates remain below ideal levels, contrasting with the recommendations for promoting maternal and child health. The objective of this study is to understand the biological, social, and family context that contributed to early weaning. **Objectives**: To characterize the sociodemographic and reproductive profile of women who weaned their children early; to discuss the factors present in their biological and social contexts; and to analyze the family context elements that contributed to early weaning. **Methodology:** This is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach, conducted in three settings linked to the Brazilian Unified Health System (SUS), which provide care to women and children in the municipality of Teresópolis. Data collection was carried out between January and May 2024, after approval by the Research Ethics Committee of UNIRIO (CAAE: 76499923.5.0000.5285). Data interpretation was performed through thematic analysis, from which emerged a central category entitled "Experiences of women who weaned their children early," subdivided into two subcategories: "Biological and social factors that contributed to early weaning" and "Family experiences that contributed to early weaning". **Results:** The study included 12 women, aged between 19 and 35 years, residents of Teresópolis, who accompanied their children, aged 6 months to 23 months and 29 days, to childcare consultations. All were in good physical and psychological condition and had weaned their children before the sixth month of life. Women with formal contraindications to breastfeeding, those who had adopted their children, or those with twin pregnancies were excluded from the study. Half of the participants self-identified as white, and the other half as black. Most reported having a religion, low educational attainment, and low income. A large proportion worked in the service sector or performed household activities. The majority were primiparous, heterosexual, married, or in a stable union, and in most cases, the pregnancy had not been planned. Several biological, economic, and social factors contributed to early weaning, including anatomical alterations of the breasts; early introduction of artificial nipples; congenital malformations in the infants; obstetric complications; return to work; absence of a social support network; lack of adequate guidance from health professionals; and the presence of intrafamilial violence and violence by intimate partners. **Conclusion**: The results demonstrated that the causes of early weaning are multifactorial and reflect a complex social dynamic. The importance of the role of nurses and other health professionals in different care settings during the perinatal period is emphasized, especially regarding welcoming practices, active listening, emotional support, clarification of doubts, and guidance related to pregnancy, childbirth, postpartum, and breastfeeding. Additionally, the early identification of situations involving gender-based violence is essential, given their impact on maternal and fetal health.

Keywords: Weaning. Intimate Partner Violence. Domestic Violence. Violence Against Women. Breastfeeding.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de seleção de estudos para a revisão integrativa 26

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese dos artigos selecionados de acordo com título do estudo, ano da publicação, objetivo e nível de evidência 265
Quadro 2 - Agrupamento de unidades temáticas em eixos temáticos 70
Quadro 3 - Perfil sociodemográfico das mulheres entrevistadas. 74
Quadro 4 - Características da saúde sexual e reprodutiva das mulheres entrevistadas. Teresópolis/RJ entre jan.-maio de 2024. 78
Quadro 5 - Violência de gênero vivenciada pelas mulheres entrevistadas ao longo da vida. Teresópolis/RJ entre jan.-maio de 2024 92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMI	Centro Materno Infantil
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
HIV	*Human Immunodeficiency Virus*
HTLV	*Human T-cell Lymphotropic Virus*
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LM	Leite Materno
Medline	*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
MeSH	*Medical Subject Headings*
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
SciELO	*Scientific Electronic Library Online*
SLM	Substitutos do Leite Materno
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
VF	Violência Física
VM	Violência Moral
VP	Violência Psicológica
VPA	Violência Patrimonial
VPI	Violência por Parceiro Íntimo
VS	Violência Sexual
WHO	*World Health Organization*

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 17
1.1 INTRODUÇÃO À TEMÁTICA 17
1.2 PROBLEMÁTICA 18
1.3 JUSTIFICATIVA 23
1.4 RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO 29
BASES CONCEITUAIS 32
1.5 ASPECTOS HISTÓRICOS DO ALEITAMENTO MATERNO 32
1.6 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL E NO MUNDO 37
1.7 FISIOLOGIA DO ALEITAMENTO MATERNO 42
1.7.1 Mamogênese 42
1.7.2 Lactogênese 43
1.7.3 Lactopoese 45
1.8 A VIOLÊNCIA DE GÊNERO PERPETRADA CONTRA A MULHER 45
1.8.1 A violência de gênero perpetrada contra a mulher: um fenômeno que pode interferir no aleitamento materno 45
1.8.2 Violência de gênero contra a mulher: perspectiva no contexto social, jurídico e de saúde pública.... 48
1.8.3 Definições conceituais da violência de gênero e as repercussões à saúde da mulher e do neonato 50
1.8.4 Desafios e avanços no enfrentamento à violência de gênero contra a mulher 58
METODOLOGIA 63
1.9 TIPO DE PESQUISA 63
1.10 CENÁRIO DA PESQUISA 64
1.11 PARTICIPANTES DA PESQUISA 65
1.12 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO 65

1.13 COLETA DE DADOS 65

1.14 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS 68

1.15 PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS 68

RESULTADOS E DISCUSSÃO 74

1.16 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS MULHERES 74

1.16.1 Características da saúde sexual e reprodutiva 78

1.17 VIVÊNCIAS DAS MULHERES QUE DESMAMARAM PRECOCEMENTE 81

1.17.1 Fatores biológicos e sociais que contribuíram para o desmame precoce 81

1.17.2 Vivências familiares que contribuíram para o desmame precoce..... 92

CONSIDERAÇÕES FINAIS 110

REFERÊNCIAS 115

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 131

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 136

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA 139

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP UNIRIO 140

INTRODUÇÃO

1.1 INTRODUÇÃO À TEMÁTICA

Esta pesquisa tem como objeto de estudo o contexto biológico, social e familiar que contribuiu para o desmame precoce, inserindo-se na linha de pesquisa "Saúde, História e Cultura: saberes em Enfermagem", que faz parte da pesquisa institucional intitulada "A saúde da mulher no seu ciclo vital: aspectos biológicos, sociais e culturais", do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Neste estudo adotaremos o conceito de família como um grupo de pessoas que possui trocas afetivas, materiais e de convivência ao longo da vida da mulher, incluindo o parceiro íntimo (Moré; Krenkel, 2018).

O interesse pela temática advém da minha trajetória acadêmica e profissional, pois sempre tive interesse na área da saúde da mulher. Realizei grande parte da minha contribuição extracurricular como presidente da Liga de Enfermagem em Saúde da Mulher e executei também meu estágio supervisionado no setor de Ginecologia e Obstetrícia, onde ouvíamos de algumas mulheres relatos sobre diversas situações de violência de gênero perpetradas pelos parceiros, sem que elas tivessem plena consciência da realidade vivenciada.

Destaca-se que esse tipo de violência se insere no campo da violência de gênero, uma vez que está baseado em uma construção histórica e sociocultural que estabelece relações assimétricas entre homens e mulheres, implicando relações de poder desiguais, pautadas em dominação e submissão (WHO, 2021). Isto significa que a essência deste conceito está na criação social de expectativas sobre o homem, visto como superior, e sobre a mulher, percebida como inferior, resultantes de uma sociedade patriarcal (Machado; Castanheira; Almeida, 2021).

Após presenciar um caso de violência física perpetrada por um parceiro contra uma colega de faculdade, que consequentemente não conseguiu amamentar o bebê devido ao estresse e ao medo vivenciados, decidi aprofundar meus conhecimentos sobre a temática da violência de gênero contra a mulher durante o curso de mestrado. A partir dessa experiência, evidenciou-se ainda mais a relevância do papel da enfermeira [1] no acolhimento, na escuta ativa e individualizada e na compreensão das circunstâncias sociais, familiares e afetivas das

[1] Justifica-se a escolha da palavra Enfermeira pela profissão ser majoritariamente composta por mulheres

mulheres. Dessa maneira, torna-se possível oferecer as orientações pertinentes e o suporte emocional necessário para que elas possam amamentar plenamente e preservar tanto suas vidas quanto as de seus filhos.

1.2 PROBLEMÁTICA

O leite materno é o alimento mais completo, econômico e eficaz, capaz de fornecer todos os nutrientes indispensáveis ao desenvolvimento infantil, suprindo integralmente as necessidades básicas da criança durante os primeiros seis meses de vida. Após esse período, continua sendo uma importante fonte de proteína, gordura e vitaminas até o segundo ano (Monteiro *et al.*, 2024).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) durante seis meses e a sua continuidade complementada até os dois anos ou mais. O AME caracteriza-se pela oferta exclusiva de leite materno ou leite materno extraído ao bebê, sem a introdução de qualquer outro líquido ou sólido, exceto vitaminas, complementos minerais ou medicamentos prescritos (Brasil, 2015). Apesar dessas recomendações, as taxas de adesão a essa prática permanecem insatisfatórias em diversas regiões do mundo, inclusive no Brasil. Esse tema é extremamente relevante, pois o aleitamento materno é reconhecido como uma das intervenções mais eficazes para redução da mortalidade infantil, promoção da saúde e fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho (Brasil, 2019).

Em alinhamento aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), estabelecidos pela Organização das Nações Unidas em 2015, destaca-se, como uma das metas prioritárias no campo da saúde e bem-estar (ODS 3), a redução das mortes evitáveis de recém-nascidos em escala global. O objetivo é diminuir a taxa de mortalidade neonatal para, no máximo, 12 mortes por mil nascidos vivos até 2030 (ONU, 2015).

Para que este objetivo seja alcançado, é essencial que os profissionais de saúde, especialmente as enfermeiras, estejam aptas a promover, proteger e apoiar o aleitamento materno exclusivo. Nesse sentido, Baquião *et al.* (2022) destacam que essa prática tem relação direta com a redução da mortalidade infantil.

Os aumentos das práticas de amamentação exclusiva também podem potencializar o alcance do ODS 2 (fome zero), pois amamentar constitui uma estratégia eficaz para combater a fome e assegurar o acesso dos bebês a um alimento seguro e nutritivo, sendo as boas práticas

de amamentação fundamentais para a eliminação de todas as formas de desnutrição (Souza, 2023).

Ademais, o leite materno atua como agente imunológico, prevenindo cerca de 22% das mortes neonatais provocadas por infecções, que são as principais causas de mortalidade infantil. Ele também auxilia na prevenção de hemorragias nas puérperas, atualmente a principal causa de morte materna (Sousa *et al.*, 2021).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2021), o principal benefício do leite materno é a proteção contra infecções gastrointestinais. O início precoce do aleitamento, ainda na primeira hora de vida, protege o recém-nascido contra infecções e reduz a mortalidade neonatal. Além dos benefícios nutricionais, o aleitamento materno (AM) fortalece o vínculo mãe-filho, estimulando laços afetivos, segurança e acolhimento.

É um momento de conexão e aprendizagem, para que ambos possam se conectar e compreender seus comportamentos e o novo papel que será desempenhado pela mulher a partir deste momento, o papel de mãe (Monteiro *et al.*, 2024).

Além de ser economicamente vantajoso, o aleitamento materno exclusivo promove o vínculo entre mãe e filho e melhora a qualidade de vida, já que crianças amamentadas exclusivamente adoecem menos, necessitando menos de internações hospitalares e reduzindo gastos com medicamentos e fórmulas infantis (Montenegro; Rezende Filho, 2017; Brasil, 2015).

Destaca-se que qualquer tipo e forma de violência de gênero afeta diretamente o estado emocional e físico da mãe, impactando negativamente sua capacidade de amamentar plenamente (Baraldi *et al.*, 2022). Walters *et al.* (2021) apontam que a violência durante a gestação está associada a dificuldades no aleitamento e a uma maior probabilidade de introdução precoce de outros alimentos ou líquidos além do leite materno, contribuindo assim para o desmame precoce.

Estudo de Mezzavilla *et al.* (2021) aponta que, em lares onde ocorre violência física entre os parceiros, há uma maior chance de não ofertar leite materno e de utilizar mamadeiras e substitutos do leite. Dados coletados em unidades de saúde do Rio de Janeiro revelam que 26,7% dos casais que apresentaram violência física relataram práticas inadequadas de alimentação infantil, como a interrupção precoce da amamentação exclusiva e o uso de substitutos do leite materno.

Ferreira e Cabeças (2024) evidenciam a relação direta entre a violência contra a mulher e o desmame precoce, destacando que violências psicológicas e físicas vivenciadas no pós-parto

estão diretamente relacionadas à baixa prevalência do aleitamento materno exclusivo até seis meses. Esse impacto decorre da insegurança e do estresse causados pela violência, reduzindo a produção de leite e levando ao abandono precoce do aleitamento.

Em outro estudo, Baquião *et al.* (2022) observaram que mulheres em situação de violência de gênero enfrentam maiores dificuldades em manter o aleitamento exclusivo, frequentemente recorrendo ao uso precoce de fórmulas infantis. A violência afeta negativamente a dinâmica familiar, reduzindo o apoio emocional e prático, essenciais para o sucesso da amamentação. Assim, destaca-se a importância de intervenções específicas de suporte às mães vulneráveis, especialmente as vítimas de violência doméstica.

Portanto, é evidente que a violência de gênero tem consequências profundas para a saúde da mulher e do recém-nascido. O desmame precoce é um dos reflexos mais evidentes desse problema, impactando negativamente o desenvolvimento infantil e a relação mãe-filho. Por isso, é essencial implementar políticas públicas de saúde que ofereçam suporte adequado às mulheres em situação de violência, protegendo o direito ao aleitamento materno e garantindo a saúde integral da criança e da mãe (Ferreira; Cabeças, 2024).

Vale destacar que existem outros fatores que se tornam barreiras para o aleitamento materno. Um deles trata-se do retorno da mulher para suas atividades laborais no período de amamentação, pois a maioria delas encontra desafios em seu ambiente de trabalho, como: a sobrecarga de trabalho, o estresse da adaptação da nova vida e o afastamento da mãe-filho. Nesse contexto, muitas vezes há a falta de apoio de familiares e dos locais de trabalho. Diante do exposto, com a sobrecarga de tarefas e o tempo reduzido para ordenhar o leite materno, a amamentação por vezes é substituída por fórmulas infantis, devido a facilidade de preparo e manuseio (Almeida *et al.*, 2022).

Evidências apontam que a amamentação pode ser significativamente influenciada por fatores sociais e econômicos. Mães que trabalham fora ou não têm acesso a licenças-maternidade prolongadas enfrentam mais dificuldades para manter o aleitamento, o que sugere que essa prática não é simplesmente natural e desprovida de obstáculos (Vilar-Compte; Pérez-Escamilla; Ruano, 2022). Além disso, estudos mostram que países com políticas de apoio, como licenças remuneradas, apresentam taxas mais elevadas de amamentação, reforçando que o sucesso da prática depende consideravelmente de um ambiente social favorável (Who, 2021; Souza *et al.*, 2023; Rollings *et al.*, 2016).

O estudo de Gabay, Gondwe e Topaz (2021), que avaliou mulheres israelenses com bebês saudáveis de até dois anos, identificou outros fatores relacionados às dificuldades no

aleitamento materno, tais como: primiparidade, baixo nível educacional, ausência de experiência prévia com amamentação, experiências negativas no parto e falta de intenção em amamentar.

Um estudo conduzido no norte da Tanzânia buscou identificar o período em que ocorre a interrupção do AME. Os resultados mostraram que a prevalência de interrupção antes dos seis meses foi de 68,7%, com idade média de quatro meses. Os fatores associados foram: idade materna inferior a vinte anos, percepção materna de leite insuficiente ou inadequado, realização do parto por cesariana e ausência de orientações adequadas durante o pré-natal e o pós-natal (Ali *et al.*, 2021).

Portanto, embora o aleitamento materno seja frequentemente percebido como uma prática natural e instintiva, diversos estudos científicos apontam que ele não é tão simples nem puramente instintivo. Ao contrário, amamentar é uma habilidade que precisa ser aprendida por mãe e bebê, exigindo apoio, conhecimento e orientação adequada para obter sucesso pleno (Bettinelli *et al.*, 2024; Monteiro *et al*, 2024).

As dificuldades iniciais frequentemente enfrentadas por mães, como pega incorreta, dor e produção insuficiente de leite, indicam claramente que o processo de amamentação depende de diversos fatores externos e internos que vão além da dimensão biológica (Mendes *et al*, 2022).

A escolaridade materna é um dos principais fatores preditivos do sucesso no aleitamento materno exclusivo. Estudos indicam que mães com níveis educacionais mais elevados têm maiores chances de manter a amamentação exclusiva até o sexto mês, em comparação às mães com escolaridade média ou fundamental. Isso reforça que estratégias voltadas à educação e à disseminação de informações sobre os benefícios da amamentação são essenciais para reduzir o desmame precoce, uma vez que mães mais escolarizadas costumam ter melhor acesso a informações confiáveis e buscam mais frequentemente apoio profissional diante de dificuldades (Gonçalves *et al.*, 2022).

Além da escolaridade, a renda familiar também está diretamente associada ao desmame precoce. Famílias com renda mais baixa, de até um salário mínimo, possuem 2,54 vezes mais chances de introduzir alimentos antes dos seis meses, em comparação às famílias com maior renda (Gomes *et al.*, 2024). Esse cenário destaca as desigualdades no acesso a recursos essenciais para prolongar o aleitamento materno, tais como consultas com profissionais de saúde e a obtenção adequada de alimentos complementares no momento correto.

Ressalta-se que aspectos culturais e sociais influenciam diretamente o processo de aleitamento materno. Em diversas culturas, a prática da amamentação é moldada historicamente por normas sociais, expectativas culturais e práticas médicas específicas, que determinam como e quando as mulheres amamentam (Vilar-Compte; Pérez-Escamilla; Ruano, 2022). Em alguns contextos sociais, o desmame precoce é inclusive incentivado, indicando que o comportamento materno é fortemente condicionado por fatores externos, e não apenas por instintos biológicos (Deif *et al.*, 2021).

A neurobiologia também reforça a concepção de que a amamentação não é exclusivamente instintiva. Estudos recentes destacam que o êxito na amamentação depende do reflexo neuroendócrino, envolvendo a liberação de ocitocina e prolactina, hormônios essenciais para produção e ejeção do leite (Georgescu *et al.*, 2021). Contudo, esses hormônios são fortemente influenciados por fatores emocionais e ambientais. Por exemplo, situações de estresse podem inibir a liberação de ocitocina, dificultando o processo de amamentação e confirmando o papel crucial do ambiente na prática do aleitamento materno (Sakalidis *et al.*, 2022).

Considera-se fundamental o apoio técnico e educacional para o sucesso da amamentação. Profissionais de saúde desempenham papel essencial na orientação das mães, especialmente nas primeiras semanas após o parto. Contudo, a alta demanda por suporte indica que muitas mulheres enfrentam barreiras consideráveis ao tentar amamentar sem a orientação adequada (Oliveira *et al.*, 2023).

A interferência precoce de práticas médicas, como o uso de fórmulas infantis ou a separação mãe-bebê nas primeiras horas após o nascimento, pode interromper o estabelecimento natural da lactação. Esses obstáculos impactam a confiança materna em sua capacidade de amamentar, contribuindo para o desmame precoce (Kalil; Aguiar, 2021).

Neste sentido, ao compreender a amamentação como uma prática que envolve aprendizado e adaptação, mas que também é influenciada pelo apoio e contexto de vida, é importante compreender que a responsabilidade não é somente da mulher, mas sim um dever coletivo (Santos *et al.*, 2022).

É fundamental escuta e o acolhimento dos profissionais de saúde, especialmente as enfermeiras, nesse processo que envolve o contexto de vida, apoio, educação, mitos e estereótipos para um aleitamento materno pleno (Almeida *et al.*, 2022).

Em síntese, o cuidado integral e individualizado considerando o seu contexto de vida pelos profissionais de saúde é fundamental para garantir que mais mulheres consigam

amamentar exclusivamente até o sexto mês, conforme as recomendações da OMS e do Ministério da Saúde.

Portanto, o desmame precoce é uma questão multifatorial que exige um cuidado integral por parte do profissional de saúde, especialmente das enfermeiras. A promoção do aleitamento materno exclusivo e a prevenção do desmame precoce dependem de ações conjuntas, que envolvem educação e suporte emocional, além de acesso pleno e irrestrito aos serviços de saúde qualificados. Somente por meio das políticas de saúde pública será possível alcançar as metas estabelecidas pela OMS e garantir que os benefícios do aleitamento materno sejam amplamente aproveitados tanto pelas mães quanto pelos bebês.

Diante desta problemática, elaborou-se as seguintes questões norteadoras:

- Qual é o perfil sociodemográfico e reprodutivo das mulheres que desmamaram precocemente?
- Quais são os fatores contidos no contexto biológico, social e familiar das mulheres que contribuíram para o desmame precoce?

Considerando esses questionamentos foram definidos os seguintes objetivos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e reprodutivo das mulheres que vivenciaram o desmame precoce;
- Discutir os fatores relacionados ao contexto biológico e social dessas mulheres;
- Analisar os fatores contidos no contexto familiar das mulheres que desmamaram precocemente.

1.3 JUSTIFICATIVA

A justificativa para a realização deste estudo sobre o desmame precoce é embasada na relevância do tema para a saúde pública e na necessidade urgente de intervenções eficazes que possam prevenir a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. Embora as recomendações da OMS e do Ministério da Saúde sejam amplamente difundidas, indicando a importância da amamentação exclusiva até os seis meses de vida e complementada até os dois anos ou mais, os dados globais e nacionais mostram que essa prática ainda está longe de ser universal.

Consequentemente, é essencial que os resultados desta pesquisa possam contribuir para a melhoria da formação e prática dos profissionais de saúde, especialmente das enfermeiras. O

papel da enfermeira no acolhimento e na escuta ativa das mulheres lactantes é crucial para identificar e mitigar os fatores que levam ao desmame precoce. Este estudo justifica-se, portanto, pela necessidade de capacitar profissionais de saúde para oferecer um suporte mais eficaz e personalizado, promovendo práticas de amamentação que respeitem as necessidades individuais de cada mulher.

Estudos evidenciam que o suporte adequado durante o período de amamentação é um fator determinante para a continuidade do aleitamento materno (Souza *et al.*, 2023; Monteiro *et al.*, 2024). Ao fornecer informações concretas sobre as barreiras enfrentadas pelas mulheres, esta pesquisa poderá orientar ações de capacitação dos profissionais de saúde e contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas que garantam suporte contínuo às lactantes.

Socialmente, esta pesquisa justifica-se pela necessidade de reduzir desigualdades no acesso à saúde e à informação. Mulheres com menor escolaridade e renda mais baixa são mais propensas ao desmame precoce, sobretudo devido à falta de informações adequadas e de suporte apropriado para a amamentação (Gomes *et al.*, 2024). Nesse sentido, o estudo objetiva promover equidade ao investigar como esses fatores influenciam o aleitamento materno e ao propor intervenções aplicáveis em contextos de vulnerabilidade social. Dessa forma, pretende fornecer subsídios para programas de apoio mais eficazes e inclusivos, garantindo que todas as mães, independentemente de sua condição socioeconômica, possam amamentar de maneira segura e saudável.

Diante do exposto, a justificativa para a realização desta pesquisa é reforçada pela necessidade de uma abordagem integrada e multidisciplinar que envolva ensino, pesquisa e extensão. O estudo não apenas contribuirá para o avanço do conhecimento científico, mas também terá um impacto direto na formação de futuros profissionais de saúde e na conscientização da comunidade sobre a importância do aleitamento materno. A extensão, neste contexto, se torna uma ferramenta poderosa para disseminar os resultados da pesquisa e promover o empoderamento das mulheres, oferecendo-lhes informações e suporte para tomar decisões mais conscientes sobre a amamentação. Assim, o estudo terá um impacto amplo, atingindo tanto o campo acadêmico quanto o prático, e contribuirá para a promoção de políticas de saúde mais eficazes e inclusivas.

Considerando a escassez de produção científica sobre o tema e a magnitude do impacto da violência por parceiro íntimo (VPI) no período gravídico-puerperal, bem como a importância da capacitação e aprimoramento dos profissionais de saúde para oferecer uma assistência de qualidade, foi realizado um estudo de revisão integrativa. Este estudo teve como objetivo

responder à seguinte pergunta orientadora: Quais são as repercussões da violência doméstica no desmame precoce em bebês com menos de 6 meses de vida?

A pesquisa foi realizada por meio de uma busca online nas seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), PubMed (*U.S. National Library of Medicine*), BDENF (Base de Dados de Enfermagem) e Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*). O período de busca compreendeu de 2018 a 2023, com o objetivo de ampliar a investigação sobre o objeto de estudo. Foram incluídos artigos publicados em inglês, espanhol e português.

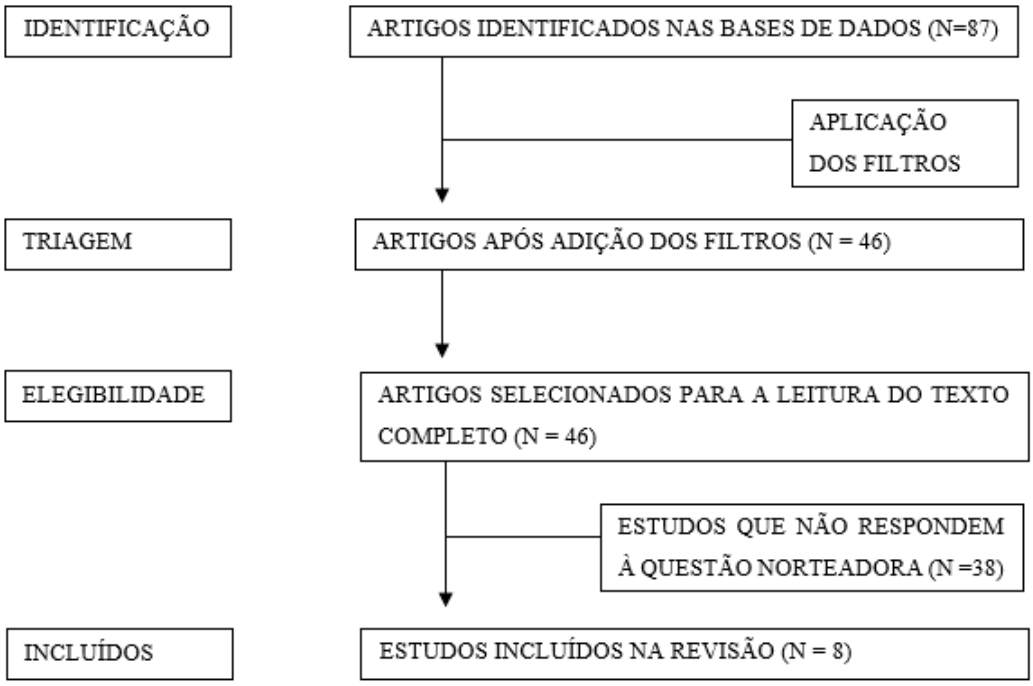
Os seguintes termos MeSH (*Medical Subject Headings*) foram utilizados no PubMed: "*Weaning*", "*Intimate Partner Violence*", "*Breast Feeding*", "*Domestic Violence*" e "*Spouse Abuse*". Já nas bases LILACS e SciELO, foram aplicados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): "Desmame", "Violência por Parceiro Íntimo", "Violência Doméstica", "Violência Contra a Mulher" e "Aleitamento Materno". Para refinar os resultados, foram utilizados os operadores booleanos OR, AND e NOT, buscando otimizar a relevância dos estudos encontrados em relação ao tema investigado.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos publicados em português, espanhol ou inglês; artigos completos que abordassem especificamente a temática em questão; e artigos que estivessem publicados e indexados nas bases de dados selecionadas. Os critérios de exclusão incluíram: artigos de revisão de literatura ou meta-síntese, publicações anteriores a 2018, além de teses, dissertações e monografias. A coleta de dados foi realizada entre junho e agosto de 2023.

A busca resultou em um total de 87 artigos científicos, que foram inicialmente filtrados pelos critérios estabelecidos. Após a aplicação dos critérios de exclusão e inclusão, o número de estudos foi reduzido para 46. Em seguida, foram feitas leituras dos títulos e resumos, resultando na seleção de 16 artigos que se adequavam diretamente à pergunta orientadora da pesquisa.

Após um refinamento adicional para remover duplicidades identificadas entre as bases de dados, o número final foi reduzido para 8 estudos, distribuídos da seguinte forma: 4 da PubMed, 1 da SciELO, 1 da LILACS e 2 da Medline, conforme ilustrado na Figura 1. Esse processo assegurou que apenas os estudos mais relevantes e não redundantes fossem incluídos na análise final.

Figura 1 - Fluxograma de seleção de estudos para a revisão integrativa



Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Para organizar as principais informações coletadas dos estudos selecionados, foi construído um quadro analítico contendo título do artigo, ano de publicação, periódico, objetivo, método e principais resultados obtidos. Esses dados estão estruturados para facilitar a comparação e análise dos artigos incluídos nesta revisão, conforme demonstrado no quadro 1. Essa abordagem possibilita uma visualização clara e objetiva dos dados mais relevantes, auxiliando no processo de interpretação e discussão dos achados da pesquisa.

Quadro 1 - Síntese dos artigos selecionados de acordo com título do estudo, ano da publicação, objetivo e nível de evidência

Ordem / Ano	**Título**	**Periódico**	**Objetivos**	**Método / Local do estudo**	**Resultados**
A1 – 2018	*Does the type of maltreatment matter? Assessing the individual and combined effects of multiple forms of childhood maltreatment on exclusive breastfeeding behavior.*	*Child Abuse & Neglect.*	Examinar os efeitos individuais e combinados de múltiplas formas de maus-tratos nos resultados do AME e se a depressão pós-parto e o estresse materno agem para mediar ou moderar a associação entre maus-tratos e AME.	Estudo quantitativo, transversal com 426 mulheres de Bangladesh.	As mulheres que sofreram abuso sexual na infância foram significativamente menos propensas a amamentar exclusivamente bebês do que suas contrapartes não abusadas.

A2 - 2019	*Intimate partner violence identified through routine antenatal screening and maternal and perinatal health outcomes.*	*BMC Pregnancy and Childbirth.*	Investigar a associação entre violência por parceiro íntimo (VPI) identificada na triagem pré-natal de rotina e resultados perinatais para mãe e filho.	Estudo quantitativo, tipo coorte, realizado com 52.509 mulheres na Austrália.	A VPI foi associada a um risco aumentado de sintomas depressivos pós-natais, não amamentação ao nascer, amamentação não exclusiva na alta e primeira consulta pós-natal.
A3 – 2019	*Intimate partner violence and subsequent premature termination of exclusive breastfeeding: A cohort study.*	*Revista Plos One.*	Examinar se a exposição à Violência por Parceiro Íntimo (VPI) está associada ao término prematuro do Aleitamento Materno Exclusivo (AME).	Estudo quantitativo, tipo coorte. Trata-se de um estudo de coorte, prospectivo realizado em Moshi, Tanzânia, composto por 1.128 mulheres grávidas com nascimentos únicos vivos.	As mulheres que foram expostas à VPI tiveram mais de 50% de chance de interromper o AME antes da criança completar 6 meses de idade. Além disso, as chances foram triplicadas se a exposição ocorresse especificamente durante a gravidez.
A4 – 2019	*Maternal exposure to intimate partner violence and breastfeeding practices in 51 low-income and middle-income countries: A population-based cross-sectional study.*	*Revista Plos Medicine.*	Examinar a associação da exposição materna à VPI com o início precoce da amamentação (até 1 hora após o nascimento) e amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses.	Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, realizado em 51 países de baixa e média renda.	As mães expostas a qualquer VPI eram menos propensas a iniciar a amamentação precocemente e amamentar exclusivamente nos primeiros 6 meses. Todos os 3 tipos de VPI (física, emocional e sexual) foram associados à diminuição da probabilidade de início precoce da amamentação.
A5 – 2020	*Intimate partner violence is associated with poorer maternal mental health and breastfeeding practices in Bangladesh.*	*Health Policy and Planning – The journal on health policy and systems research.*	Identificar fatores associados à VPI durante a gravidez e pós-parto em Bangladesh; e avaliar as associações entre VPI e saúde mental materna e práticas de amamentação.	Estudo quantitativo, transversal, com duas mil mães com filhos menores de 6 meses em quatro distritos de Bangladesh.	As mães expostas à VPI tiveram menor probabilidade de iniciar a amamentação precocemente. Tanto o comportamento controlador quanto a violência emocional foram negativamente associados ao AME nos primeiros 6 meses de idade.

A6 – 2021	Violência entre parceiros íntimos, oferta de leite materno, substitutos e uso de mamadeiras no primeiro ano de vida.	Revista Ciência & Saúde Coletiva.	Investigar a relação da violência física entre parceiros íntimos (VFPI) e a oferta de leite materno (LM), os substitutos do leite materno (SLM) e o uso de mamadeiras entre crianças entre 12 e 15 meses.	Estudo quantitativo, transversal com mães em unidades de saúde do município do Rio de Janeiro, realizado entre junho de 2005 e dezembro de 2009.	Os casais que se agridem fisicamente apresentam duas vezes mais chances de não ofertarem leite materno e duas vezes mais chances de usarem mamadeira para alimentar seus filhos, comparados aos casais que não se agridem.
A7 – 2021	*Maternal experience of intimate partner violence is associated with suboptimal breastfeeding practices in Malawi, Tanzania, and Zambia: insights from a DHS analysis.*	*Internacional Breastfeeding Journal.*	Investigar as associações entre violência física, sexual e emocional, bem como comportamentos de controle, com início precoce da amamentação, AME e amamentação continuada em Malawi, Tanzânia e Zâmbia.	Estudo quantitativo extraído de dados das Pesquisas Demográficas e de Saúde dos países Malawi, Tanzânia e Zâmbia.	Em todos os países as mães que sofreram todas as formas de VPI tiveram maior probabilidade de atrasar a amamentação.
A8 – 2023	*The Effect of Domestic Violence During Pregnancy on Cortisol Hormone Release, Breastfeeding, and Newborn*	*Journal of Interpesoal Violence*	Determinar o efeito da violência doméstica durante a gravidez na liberação do hormônio cortisol, parto prematuro, baixo peso ao nascer e status de amamentação.	Estudo quantitativo, transversal realizado com 255 mulheres grávidas em um Centro de Saúde da Família na região sudeste da Anatólia, na Turquia.	Observou-se durante a gravidez que a violência doméstica afetou a amamentação após o parto e a saúde do recém-nascido.

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Dos oito artigos selecionados, apenas um foi publicado em português, enquanto os outros sete estavam em inglês. No que se refere à abordagem metodológica, todos os estudos utilizaram o método quantitativo. Quanto à distribuição temporal das publicações, observou-se que um artigo foi publicado em 2018, três em 2019, um em 2020, dois em 2021, e um em 2023. Além disso, a maioria das pesquisas foi conduzida no exterior, abrangendo países como Turquia, Malawi, Tanzânia, Zâmbia e Bangladesh. Apenas um estudo foi realizado no Brasil, no estado do Rio de Janeiro (Mezzavilla *et al.*, 2021).

A análise dos artigos revelou uma associação consistente entre a Violência por Parceiro Íntimo (VPI) e o Aleitamento Materno (AM) em todos os estudos. Os resultados indicaram

maior probabilidade de atraso na amamentação, introdução precoce de chupetas e mamadeiras, menor chance de manter o AME até os seis meses, além de um risco aumentado de desmame precoce (Mezzavilla *et al.*, 2021; Tran *et al.*, 2020; Walters *et al.*, 2021).

Além disso, os estudos identificaram repercussões negativas significativas na saúde materna, incluindo o aumento no risco de sintomas depressivos pós-natais, associados tanto à VPI quanto ao desmame precoce (Aristizábal; Theme Filha, 2022; Ferreira; Cabeças, 2024).

Esses achados reforçam a relação entre a violência doméstica e os desfechos negativos relacionados à amamentação, sublinhando a importância de abordar essa questão no contexto da saúde materna.

A realização desta revisão integrativa destacou a existência de uma lacuna significativa nas pesquisas nacionais e internacionais sobre a relação entre Violência por Parceiro Íntimo (VPI) e aleitamento materno, o que fica evidente, por exemplo, pela publicação de apenas um artigo em língua portuguesa. A análise reforça ainda a necessidade de investimentos em pesquisas qualitativas, capazes de aprofundar a compreensão dessa problemática e auxiliar profissionais da saúde no desenvolvimento de intervenções mais eficazes.

Dessa forma, a revisão sugere que novos estudos são cruciais para que os profissionais de saúde compreendam melhor os impactos da VPI no aleitamento materno, além de proporcionar subsídios para a criação de políticas públicas que enfrentem essa problemática de forma mais eficiente.

1.4 RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO

A atuação dos profissionais de enfermagem no acolhimento e na escuta ativa das mulheres lactantes é fundamental para a identificação e mitigação dos fatores que levam ao desmame precoce. A formação acadêmica e profissional da pesquisadora, incluindo sua experiência como presidente da Liga de Enfermagem em Saúde da Mulher, oferece uma base sólida para a condução deste estudo. Por meio do ensino, da pesquisa e da extensão, esta investigação poderá contribuir para a capacitação dos profissionais de enfermagem para oferecer um suporte mais eficaz e personalizado às lactantes, promovendo práticas de amamentação que respeitem as necessidades individuais de cada mulher.

O ensino é um dos componentes essenciais desta investigação, pois busca integrar conhecimentos teóricos à prática clínica. Por meio de disciplinas específicas e atividades práticas, as futuras enfermeiras poderão utilizar esta dissertação para reconhecer sinais de risco de desmame precoce e aplicar intervenções baseadas em evidências. A incorporação deste tema

no currículo do curso de Enfermagem reforça a importância da amamentação como prática de saúde pública e prepara os profissionais para atuarem proativamente na promoção da saúde materno-infantil.

O estudo possui potencial para gerar conhecimento científico sobre os determinantes do desmame precoce em Teresópolis, fornecendo dados que poderão subsidiar a elaboração de políticas públicas e programas de saúde mais eficazes. A abordagem metodológica adotada, incluindo a coleta de dados qualitativos, permitirá uma compreensão aprofundada das experiências das mulheres lactantes e dos fatores que influenciam suas decisões relacionadas à amamentação. Tal conhecimento é essencial para a construção de intervenções mais direcionadas e efetivas.

A extensão, por sua vez, representa a ponte entre a universidade e a comunidade, possibilitando a aplicação prática dos resultados da investigação e a disseminação de informações relevantes para a população. Por meio de campanhas educativas, workshops e palestras, os achados deste estudo serão compartilhados com mulheres lactantes, familiares e profissionais de saúde de Teresópolis, promovendo uma cultura de apoio e valorização do aleitamento materno exclusivo. Essa interação contínua com a comunidade fortalece o vínculo entre a universidade e a sociedade, ampliando o impacto positivo das ações em saúde.

Adicionalmente, a investigação aborda aspectos socioculturais que influenciam o aleitamento materno, reconhecendo que o desmame precoce não é apenas uma questão individual, mas também condicionada por padrões sociais e culturais. A compreensão desses fatores permite que os profissionais de enfermagem desenvolvam intervenções mais sensíveis e apropriadas ao contexto sociocultural das mulheres atendidas, promovendo uma abordagem holística e humanizada.

Além de sua importância prática para a saúde pública, este estudo busca gerar contribuições teóricas que ampliem a compreensão dos fatores que influenciam o desmame precoce. A investigação alinha-se à literatura atual, que destaca a necessidade de mais estudos qualitativos sobre as vivências das mulheres em diferentes contextos, reconhecendo que o desmame precoce é um fenômeno multifatorial, influenciado por aspectos emocionais, culturais, educacionais e de suporte social. Ao aprofundar-se nas vivências das mulheres de Teresópolis, a pesquisa pretende gerar conhecimento científico relevante, com potencial de aplicação em outras regiões com características semelhantes, ampliando seu impacto para além do contexto local.

A importância de empoderar as mulheres por meio da educação e do suporte contínuo é amplamente destacada na literatura, que aponta que mulheres bem informadas e apoiadas têm maiores chances de manter a amamentação exclusiva por mais tempo (Gomes *et al.*, 2024). Este estudo busca, portanto, não apenas identificar os fatores que contribuem para o desmame precoce, mas também propor estratégias educativas e de suporte que possam ser integradas às práticas de enfermagem, fortalecendo o papel da enfermeira como facilitadora da saúde materno-infantil.

A integração entre ensino, pesquisa e extensão também promove o desenvolvimento de competências essenciais nos profissionais de enfermagem, como a capacidade de realizar diagnósticos precisos, planejar e implementar intervenções eficazes e avaliar os resultados dessas ações. Esse ciclo integrado enriquece a formação acadêmica e profissional das enfermeiras, tornando-as agentes de transformação social e de promoção da saúde.

A pesquisa proposta também contribui para a redução das desigualdades sociais na saúde, uma vez que foca no município de Teresópolis, onde fatores socioeconômicos podem influenciar significativamente as práticas de amamentação. Ao direcionar esforços para compreender e abordar essas disparidades, o estudo promove a justiça social e a equidade no acesso a práticas de saúde que beneficiam mães e bebês.

A investigação sobre o desmame precoce em Teresópolis reforça a importância de políticas de saúde pública que apoiem a amamentação, como licenças-maternidade adequadas, locais de trabalho favoráveis à lactação e programas de apoio contínuo às lactantes. Os resultados deste estudo fornecerão subsídios para a formulação de recomendações e diretrizes que possam ser implementadas em nível municipal e estadual, contribuindo para a melhoria das taxas de amamentação e, consequentemente, para a promoção da saúde e do bem-estar das famílias.

BASES CONCEITUAIS

1.5 ASPECTOS HISTÓRICOS DO ALEITAMENTO MATERNO

A história da amamentação acompanha o desenvolvimento da humanidade, sendo uma prática essencial para a sobrevivência dos recém-nascidos desde tempos pré-históricos. O aleitamento materno é um comportamento evolutivo que permitiu a sobrevivência das espécies, especialmente dos primatas. Isso não foi diferente para os humanos. A lactação é um mecanismo adaptativo que, nos seres humanos, evoluiu para ser flexível e responsivo às condições ambientais, culturais e sociais, garantindo a oferta adequada de nutrientes aos bebês em diferentes contextos (Silva *et al.*, 2021).

Em várias culturas, como nas tradições indígenas, a amamentação era vista não apenas como uma necessidade biológica, mas também como prática curativa e preventiva, com significados espirituais. Em algumas sociedades, acreditava-se que o leite materno possuía propriedades curativas e protetoras para os recém-nascidos (Broers; Królak-Olejnik, 2018).

Nas civilizações antigas, como no Egito e na Mesopotâmia, a amamentação era considerada um dever sagrado das mães, sendo também um símbolo de fertilidade e proteção. A iconografia dessas civilizações frequentemente retrata deusas amamentando crianças, reforçando o valor espiritual e cultural do aleitamento. No entanto, a prática das amas de leite já era comum entre as classes mais altas, onde as mães delegavam o ato de amamentar para outras mulheres, muitas vezes escravizadas (Groff; Steger, 2023).

As amas de leite surgiram como uma solução para resolver a impossibilidade ou indisposição de algumas mães em amamentar seus filhos. No contexto da Primeira República no Brasil, particularmente no Rio de Janeiro, o uso de amas de leite foi uma prática amplamente disseminada entre as famílias das camadas médias e altas da sociedade. Essas mulheres, em sua maioria negras, escravas ou libertas, muitas vezes vindas de camadas sociais mais baixas, eram contratadas para amamentar os filhos de outras famílias em troca de pagamento ou outros benefícios, suprindo uma demanda que ia além da simples necessidade de nutrição, refletindo questões sociais e culturais da época (Gil, 2018).

No final do século XIX, a figura da ama de leite começou a desaparecer. A maternidade passou a ser valorizada e a amamentação, incentivada. O desenvolvimento de estudos demonstrou os riscos da amamentação cruzada e a importância da promoção do aleitamento materno exclusivo, promovendo o vínculo entre mãe e filho (Nepomuceno *et al.*, 2021).

Por fim, o legado das amas de leite no Brasil é complexo e multifacetado. Elas foram tanto uma solução necessária em um contexto de alta mortalidade infantil quanto um reflexo das desigualdades sociais e raciais que permeavam a sociedade brasileira da época. A história das amas de leite é, portanto, parte integrante da história da saúde pública no país, mostrando como questões de classe, raça e gênero se entrelaçaram na construção das práticas de cuidado e alimentação infantil no início do século XX (Gil, 2018).

Com o advento do Renascimento, o discurso médico começou a se expandir sobre a importância da amamentação para o desenvolvimento infantil. Médicos e especialistas começaram a recomendar que as mães amamentassem por períodos mais longos, e o leite materno passou a ser reconhecido por suas propriedades imunológicas (Silva, 2020).

No século XX, o aleitamento materno passou por uma fase de declínio, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, com a ascensão das fórmulas infantis como uma alternativa "moderna" e conveniente. A publicidade agressiva dessas fórmulas e a falta de políticas de apoio às mães trabalhadoras contribuíram para o aumento do desmame precoce em muitos países ocidentais (UNICEF, 2023).

O Ministério da Saúde passou a promover o aleitamento materno como uma estratégia fundamental para reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde das crianças brasileiras. De acordo com o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de dois anos, publicado pelo Ministério da Saúde em 2019, o leite materno é considerado o alimento mais completo e equilibrado para os primeiros meses de vida, recomendando a amamentação exclusiva até os seis meses de idade (Brasil, 2019).

As evidências científicas demonstram que o leite materno é rico em anticorpos e nutrientes essenciais que fortalecem o sistema imunológico dos bebês, protegendo-os contra diversas doenças. Além disso, a amamentação estabelece um forte vínculo entre mãe e filho, promovendo o desenvolvimento emocional e social da criança (OPAS, 2021).

No entanto, os desafios persistem. Embora a amamentação seja amplamente incentivada, muitas mulheres ainda enfrentam dificuldades para conciliar o aleitamento materno com as demandas do trabalho e da vida moderna. A falta de suporte adequado, seja em termos de licença-maternidade ou de espaços apropriados para a amamentação no ambiente de trabalho, continua sendo uma barreira significativa para muitas mães (Vilar-Compte; Pérez-Escamilla; Ruano, 2022).

A Semana Mundial de Aleitamento Materno, celebrada anualmente, é uma oportunidade para conscientizar a população sobre a importância do aleitamento e para destacar as políticas

de apoio às mães que amamentam. O Ministério da Saúde, por meio de campanhas e programas de promoção à saúde, tem reforçado a importância de amamentar exclusivamente até os seis meses e de continuar com a amamentação até os dois anos ou mais, complementada com outros alimentos (Brasil, 2015).

A promoção da amamentação, além de uma estratégia de saúde pública, é também uma luta por equidade e justiça social. Garantir que todas as mulheres tenham o direito e o suporte necessário para amamentar seus filhos é uma questão que transcende a saúde individual e alcança o bem-estar coletivo (Roth, 2018). Dessa forma, o Brasil continua avançando em direção a um futuro em que o aleitamento materno seja acessível a todas as mães, independentemente de suas condições socioeconômicas.

Nesta perspectiva, a OMS e o Ministério da Saúde do Brasil preconizam que o leite materno deve ser o único alimento oferecido ao bebê nos primeiros seis meses de vida, com a introdução gradual de alimentos complementares a partir desse período, mantendo o aleitamento até, pelo menos, os dois anos de idade (Brasil, 2019). No entanto, diversas barreiras, como fatores socioeconômicos, culturais e a falta de apoio adequado, contribuem para o desmame precoce, colocando em risco os benefícios associados à amamentação (Almeida *et al.*, 2022).

O aleitamento materno exclusivo até o sexto mês ainda é uma prática pouco difundida em muitas regiões do Brasil. De acordo com o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil de 2019 (ENANI), apenas 45,8% das crianças menores de seis meses estavam sendo alimentadas exclusivamente com leite materno, o que está abaixo da meta estabelecida pela OMS de 70% até 2030 (UFRJ, 2021). Esses dados evidenciam a necessidade de maior intervenção por parte dos serviços de saúde para promover e apoiar o aleitamento materno.

A interrupção precoce da amamentação afeta não apenas a saúde física do bebê, mas também o desenvolvimento emocional e psicológico. O aleitamento materno é um momento de conexão e construção de laços entre a mãe e o filho, favorecendo o estabelecimento de um vínculo afetivo que é crucial para o desenvolvimento socioemocional da criança. Estudos apontam que a amamentação prolongada promove um ambiente de segurança e afeto que estimula a aprendizagem e o desenvolvimento cognitivo (Barbosa; Vasconcelos; Gomes, 2020). Dessa forma, o desmame precoce pode ter efeitos negativos na formação desse vínculo e, por conseguinte, no desenvolvimento emocional e psicológico da criança.

Segundo o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), apenas 45,8% das crianças menores de seis meses no Brasil eram amamentadas exclusivamente, um

percentual muito abaixo da meta estabelecida pela OMS de 70% até 2030 (UFRJ, 2021). Este cenário evidencia a necessidade de compreender profundamente os fatores que contribuem para o desmame precoce e, consequentemente, propor soluções que possam aumentar a adesão ao aleitamento materno.

A amamentação exclusiva até os seis meses é considerada uma das intervenções mais econômicas e eficazes para a redução da mortalidade infantil. O leite materno é uma fonte insubstituível de nutrição, além de fornecer anticorpos essenciais que protegem o bebê contra doenças comuns e perigosas, como diarreia, infecções respiratórias e outras doenças infecciosas (Brasil, 2015; OPAS, 2021). No entanto, fatores socioeconômicos, culturais e a falta de suporte emocional e prático às lactantes contribuem significativamente para a interrupção prematura da amamentação.

Estudos mostram que o retorno precoce ao trabalho, a percepção de insuficiência do leite materno e a falta de infraestrutura adequada para amamentação ou ordenha em ambientes laborais são barreiras frequentes enfrentadas pelas mulheres, especialmente em contextos de vulnerabilidade social (Gonçalves, 2022; Cavalcanti; Silva; Nascimento, 2021). Essas barreiras justificam a necessidade de um estudo que aprofunde as condições enfrentadas pelas mulheres, especialmente em municípios como Teresópolis, onde fatores sociais e culturais podem agravar essas dificuldades.

Diversos fatores contribuem para o desmame precoce, incluindo condições socioeconômicas e culturais, o acesso limitado a informações sobre a importância da amamentação, e a falta de suporte especializado durante o período pós-parto (Silva *et al.*, 2019). Mulheres com menor escolaridade e renda são particularmente vulneráveis ao desmame precoce, muitas vezes por falta de conhecimento ou por acreditarem que o leite materno é insuficiente para suprir as necessidades do bebê (Gomes *et al.*, 2024). Essa percepção equivocada pode ser agravada por mitos e crenças culturais, além da pressão social para a introdução precoce de alimentos sólidos.

Globalmente, as taxas de amamentação permanecem mais baixas do que as recomendadas para proteger a saúde das mulheres e das crianças. Entre 2013 e 2018, 43% dos recém-nascidos iniciaram a amamentação dentro de uma hora do nascimento e apenas 41% das crianças com menos de seis meses de idade são amamentadas exclusivamente (WHO, 2019). Embora 70% das mulheres continuem a amamentar seu bebê por pelo menos um ano, até os dois anos de idade, as taxas de amamentação caem para 45%. As metas globais estabelecidas pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para 2030 são de 70% para

o início da amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido, 70% para amamentação exclusiva, 80% em um ano e 60% em dois anos (WHO, 2019).

O aleitamento materno é cercado por mitos e crenças, que se não forem abordados adequadamente, podem influenciar negativamente a decisão de continuar amamentando e levar ao desmame precoce. Esses mitos são, muitas vezes, enraizados em questões culturais e na falta de informação adequada, criando obstáculos para a amamentação bem-sucedida (Moura, 2024).

O acolhimento aliado à escuta ativa permite que os profissionais desfaçam esses mitos e crenças, como a crença de que o leite materno pode ser "fraco" ou insuficiente. Ao esclarecer essas dúvidas e fornecer informações baseadas em evidências científicas, os enfermeiros desempenham um papel crucial na promoção do aleitamento materno exclusivo (Brasil, 2019).

Um dos mitos mais comuns é que algumas mães “não produzem leite suficiente” para alimentar seus bebês. Esse pensamento leva muitas mulheres a complementar ou substituir o leite materno por fórmulas infantis desnecessariamente. No entanto, a World Health Organization (WHO) e especialistas em lactação afirmam que a produção de leite é ajustada à demanda do bebê. Quanto mais o bebê suga, mais leite é produzido. Dificuldades temporárias de produção geralmente podem ser superadas com o aumento da frequência das mamadas (WHO, 2023).

Outra crença popular é a de que o “leite fraco” não alimenta o bebê adequadamente. Muitas mulheres acreditam que seu leite é insuficiente em termos de nutrientes e qualidade, o que não tem base científica. Todo leite materno é nutricionalmente completo e adequado para o bebê. Na verdade, o leite materno é composto de todos os nutrientes necessários para o desenvolvimento infantil, sendo altamente digerível e adaptado às necessidades do bebê em cada fase (Eroglu *et al.*, 2024).

Há também o tabu de que mães que estão doentes ou tomando medicamentos não podem amamentar. Embora algumas condições médicas ou medicamentos possam contraindicar a amamentação, seu uso racional durante a gestação e a amamentação deve ser considerado, quando necessário. É essencial que profissionais de saúde avaliem a real necessidade das prescrições e os possíveis riscos à saúde materna e neonatal, orientando sempre as lactantes (Rezende Filho, 2022).

O ato de amamentar em público é visto como inapropriado e persiste em diversas culturas, o que pode levar muitas mães a evitarem a amamentação, sentirem vergonha de amamentar fora de casa e recorrerem ao uso de mamadeira, levando ao desmame precoce. Isso se deve a um tabu social em relação à sexualidade e à objetificação dos corpos femininos,

ignorando o seu papel biológico fundamental de alimentar o bebê. Movimentos sociais em prol da amamentação estão cada vez mais desafiando esse tabu, promovendo o direito das mulheres de amamentar livremente em qualquer ambiente (Primo *et al.*, 2020).

Há a crença de que amamentar por muito tempo "estraga" o corpo da mulher. Algumas mulheres são desencorajadas a amamentar por um período prolongado devido a pressões estéticas e sociais. No entanto, estudos mostram que a amamentação prolongada traz inúmeros benefícios para a mãe, como a redução dos riscos de câncer de mama e ovário, além de promover o vínculo afetivo entre mãe e filho (Eroglu *et al.*, 2024).

Desmistificar esses mitos e tabus é essencial para promover o aleitamento materno. A educação sobre o tema, tanto para mães quanto para a sociedade em geral, pode aumentar as taxas de amamentação e melhorar a saúde e o bem-estar de mães e bebês.

1.6 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL E NO MUNDO

No Brasil, as políticas públicas voltadas para a amamentação têm sido desenvolvidas ao longo das últimas décadas, buscando fortalecer a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno como um direito essencial à saúde da mulher e da criança. Uma das primeiras iniciativas relevantes foi a implementação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) em 1988, transformada na Lei nº 11.265/2006, que regulamentou a comercialização desses produtos e restringiu a publicidade enganosa que poderia desestimular a amamentação. Essa norma foi um marco na tentativa de proteger as mães contra as pressões do mercado e promover a escolha informada pelo aleitamento materno (Brasil, 2006).

A criação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) em 1992 foi outro passo importante. Essa estratégia, desenvolvida em parceria com a UNICEF e a OMS, visou transformar as práticas hospitalares relacionadas ao nascimento, garantindo que os hospitais promovessem o aleitamento materno como norma. No Brasil, a iniciativa conta com a participação de hospitais credenciados em todo o país, com maior concentração na região Nordeste, o que representou um avanço significativo na promoção do aleitamento materno logo nas primeiras horas de vida da criança (Brasil, 2014).

Nos anos 2000, o governo brasileiro lançou a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (RBLH), que se consolidou como a maior e mais complexa rede de bancos de leite do mundo. A RBLH foi criada com o objetivo de promover a coleta, processamento e distribuição

de leite humano para bebês prematuros e de baixo peso, garantindo que esses recém-nascidos tivessem acesso ao leite materno, mesmo quando suas mães não pudessem amamentar. Esse projeto, inovador em nível global, tem sido fundamental para a redução da mortalidade neonatal no Brasil (BRASIL, 2024).

A Portaria GM/MS nº 5.349, de 12 de setembro de 2024, desempenha um papel crucial no fortalecimento dessa rede, ao alterar a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 2017, e assegurar o financiamento contínuo da Rede Alyne, uma iniciativa voltada para a saúde materna e infantil. Esse financiamento não apenas garante a manutenção dos serviços prestados pela RBLH, como também possibilita a expansão de suas atividades, permitindo que um número ainda maior de recém-nascidos vulneráveis tenha acesso ao leite humano de alta qualidade, essencial para o seu desenvolvimento (Brasil, 2024).

Com o apoio dessa nova legislação, a RBLH reforça sua capacidade de atender à crescente demanda por leite humano, ampliando suas operações em nível nacional e internacional. A cooperação internacional da RBLH, já reconhecida por seu impacto global, também é beneficiada, uma vez que os recursos destinados pela portaria possibilitam a implementação de tecnologias avançadas para o processamento e controle de qualidade do leite humano. Dessa forma, a Portaria GM/MS nº 5.349 garante a sustentabilidade e a evolução de uma das iniciativas mais importantes para a saúde neonatal e materna no Brasil e no mundo (Brasil, 2024).

Esse avanço legislativo assegura a promoção do aleitamento materno e a redução da mortalidade infantil, alinhando-se aos ODS estabelecidos pela ONU (Souza *et al.,* 2023).

As campanhas anuais, como a Semana Mundial da Amamentação, também desempenham um papel crucial na conscientização da população sobre os benefícios do aleitamento materno e na divulgação dos avanços nas políticas públicas, além de reforçar o compromisso do governo brasileiro com a promoção do aleitamento materno. Essas campanhas são realizadas em parceria com organismos internacionais e organizações não governamentais, reforçando a importância da amamentação para a saúde pública (Nascimento *et al.*, 2022).

Outro programa importante é a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), lançada em 2012, que tem como objetivo qualificar os profissionais da Atenção Primária à Saúde para apoiar e promover o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e continuado até os dois anos ou mais. A estratégia tem como princípio o cuidado integral e busca capacitar os profissionais de saúde para identificar barreiras à amamentação e oferecer apoio contínuo às mães (Souza *et al.*, 2023).

Apesar desses avanços, o Brasil ainda enfrenta desafios na implementação das políticas públicas de amamentação. Um dos principais obstáculos está relacionado à disparidade no acesso às informações e ao suporte adequado entre diferentes regiões e classes sociais. A falta de suporte para as mulheres no retorno ao trabalho, bem como a ausência de infraestrutura adequada para a amamentação em locais públicos e no ambiente de trabalho, são barreiras que ainda precisam ser superadas (Almeida *et al.,* 2022).

O monitoramento e a avaliação das políticas de aleitamento materno também são fundamentais para o sucesso das ações implementadas. A criação de indicadores específicos para acompanhar as taxas de aleitamento materno no país é uma recomendação do Ministério da Saúde. No entanto, como apontado por Souza *et al.* (2023), os relatórios não são produzidos com a regularidade necessária, o que compromete o acompanhamento adequado do progresso em direção às metas estabelecidas.

Em termos de articulação política, a integração entre os diferentes níveis de governo (federal, estadual e municipal) ainda precisa ser fortalecida. A Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno, lançada em 2017, propõe uma maior coordenação entre as diferentes instâncias governamentais e a sociedade civil para potencializar o impacto das ações de promoção da amamentação (Brasil, 2017). Essa articulação é essencial para garantir que as políticas alcancem todas as mulheres, independentemente de sua localização geográfica ou situação socioeconômica.

Embora o Brasil tenha avançado significativamente na promoção do aleitamento materno por meio de políticas públicas, ainda existem lacunas a serem preenchidas. O fortalecimento do monitoramento, a maior articulação intersetorial e a continuidade das campanhas educativas são fundamentais para garantir o sucesso dessas políticas. O aleitamento materno não é apenas uma questão de saúde, mas também de equidade social, e o Brasil precisa continuar a investir em políticas que garantam o direito de todas as mães de amamentar seus filhos de forma plena e saudável (Nascimento *et al.,* 2022).

Mesmo sendo uma prática universalmente recomendada para promover a saúde infantil, a amamentação materna apresenta taxas e práticas que variam substancialmente entre os continentes e os diferentes países. Em todo o mundo, a amamentação exclusiva até os seis meses de vida é promovida por organizações como a OMS e a UNICEF, com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil e melhorar o desenvolvimento infantil. No entanto, sabe-se que o sucesso dessas campanhas depende muito do contexto socioeconômico e das políticas implementadas em cada região (UNICEF, 2023).

Na América do Norte, as taxas de amamentação têm apresentado melhora, mas ainda há desafios. Nos Estados Unidos, por exemplo, aproximadamente 84% dos bebês são amamentados ao nascer, mas essa taxa cai para cerca de 60% aos seis meses. Isso se deve, em grande parte, ao retorno precoce das mães ao trabalho, uma vez que a licença-maternidade não é garantida nacionalmente e, quando disponível, é de curta duração. No Canadá, a situação é mais favorável, com políticas mais robustas de licença parental e suporte ao aleitamento, resultando em taxas mais elevadas de amamentação contínua até os seis meses de vida (World Population Review, 2024).

Na América Latina, a situação varia bastante entre os países. O Brasil, que foi pioneiro na criação da Rede de Bancos de Leite Humano, conseguiu aumentar as taxas de amamentação exclusiva para cerca de 45%, de acordo com dados do Ministério da Saúde. No Peru, as taxas são mais altas, alcançando 65%, devido a políticas de apoio às mães e campanhas de conscientização. Entretanto, há desafios regionais, principalmente em áreas rurais, onde o acesso a serviços de saúde é limitado e a desinformação ainda é um obstáculo (UNICEF, 2023).

Na Europa, países nórdicos como Noruega e Suécia são exemplos de sucesso nas políticas de apoio à amamentação. Essas nações implementaram extensas licenças-maternidade remuneradas e suporte governamental para garantir que as mães possam amamentar por períodos mais longos. Como resultado, as taxas de amamentação exclusiva nos primeiros seis meses superam 70% em algumas áreas. Em contrapartida, países do sul da Europa, como a Itália e a Espanha, enfrentam taxas mais baixas, em torno de 50%, devido a políticas menos robustas de apoio à amamentação e ao retorno mais precoce ao trabalho (Vanderlinden *et al.*, 2020).

No continente africano, as taxas de amamentação exclusiva são altas em muitos países, como Ruanda, onde a prática atinge 80,9% dos bebês até os seis meses. Isso é possível apesar dos desafios econômicos, graças a campanhas de saúde pública bem-sucedidas que promovem o aleitamento materno como prática cultural e de saúde. No entanto, em países como Nigéria e Sudão, onde a pobreza extrema e os conflitos são prevalentes, as taxas de amamentação podem ser significativamente mais baixas, especialmente em áreas rurais, onde o acesso aos cuidados de saúde é limitado (World Population Review, 2024).

Na Ásia, o aleitamento materno também varia consideravelmente. No sul da Ásia, países como Bangladesh e Nepal apresentam taxas de amamentação superiores a 60%, graças a fortes políticas de saúde pública e ao papel da amamentação como prática cultural estabelecida. Entretanto, em nações economicamente mais desenvolvidas, como o Japão e a Coreia do Sul, as taxas são mais baixas, com menos de 50% dos bebês sendo amamentados exclusivamente

até os seis meses. A rápida urbanização, as longas jornadas de trabalho e o estigma social em relação à amamentação em locais públicos são desafios importantes nessas nações (UNICEF, 2023).

Nos países do Oriente Médio, as taxas de amamentação também têm aumentado devido a campanhas de conscientização pública e programas de apoio às mães. No entanto, em regiões de conflito, como a Síria, as dificuldades de acesso a serviços de saúde e o deslocamento de famílias têm impactado negativamente as taxas de amamentação, colocando em risco o desenvolvimento saudável das crianças. O estudo sobre a amamentação entre crianças refugiadas sírias na Turquia revelou dados significativos sobre os fatores que influenciam a prática. A taxa de amamentação para crianças menores de dois anos foi de 62,4%, mostrando que a maioria das mães refugiadas ainda consegue amamentar seus filhos, apesar das condições adversas. A duração mediana total da amamentação foi de 14,6 meses, um tempo relativamente longo, considerando o contexto de deslocamento e dificuldades enfrentadas por essas famílias (Yalcin *et al.,* 2023).

A amamentação também foi impactada por práticas iniciais de alimentação. Crianças que não receberam alimentação pré-lacteal tiveram uma chance 1,5 vezes maior de serem amamentadas, enquanto aquelas que não usaram mamadeira apresentaram uma taxa de amamentação 5,2 vezes superior. Essas descobertas destacam a importância de evitar a introdução de alimentos pré-lacteal e de mamadeiras nas primeiras fases de vida do bebê, promovendo assim uma amamentação prolongada e exclusiva (Yalcin *et al.,* 2023).

O tipo de instituição onde o parto foi realizado também mostrou influência sobre a amamentação. Mães que deram à luz em hospitais privados apresentaram uma probabilidade 50% inferior de continuar amamentando em comparação com aquelas que tiveram seus bebês em hospitais públicos. Além disso, a amamentação dentro da primeira hora após o nascimento foi registrada em 74,5% dos casos, o que é um fator crucial para o sucesso do aleitamento materno (Yalcin *et al.,* 2023).

Na Oceania, as taxas de amamentação também refletem a diversidade dos países. Na Austrália e na Nova Zelândia, onde existem políticas avançadas de suporte às mães e licenças-maternidade adequadas, mais de 60% dos bebês são amamentados exclusivamente até os seis meses. No entanto, em nações insulares do Pacífico, como as Ilhas Salomão e Kiribati, as taxas são muito mais baixas, em torno de 40%, devido a barreiras culturais e falta de infraestrutura adequada para apoiar as mães (UNICEF, 2023).

Pensando nas perspectivas futuras, é esperado que as taxas globais de amamentação continuem a melhorar, especialmente em regiões onde os governos estão comprometidos em implementar políticas de apoio à saúde materno-infantil. A meta da OMS é atingir, até 2025, uma taxa global de 50% de amamentação exclusiva até os seis meses de vida, e muitos países já estão fazendo progresso significativo nesse sentido. No entanto, a disparidade entre os países desenvolvidos, em desenvolvimento e subdesenvolvidos continua a ser um desafio, exigindo um foco contínuo em políticas públicas e campanhas de conscientização (UNICEF, 2023).

1.7 FISIOLOGIA DO ALEITAMENTO MATERNO

A lactação é um processo fisiológico complexo, que depende do desenvolvimento prévio da glândula mamária, da regulação hormonal da lactante e de fatores locais. Cada mama feminina adulta possui entre 15 e 25 lobos mamários, que são glândulas túbulo-alveolares. Cada lobo é composto por 20 a 40 lóbulos, os quais, por sua vez, são formados por 10 a 100 alvéolos. Esses alvéolos são circundados por células mioepiteliais e entre os lobos mamários, encontram-se tecidos de suporte, como tecido adiposo, tecido conjuntivo, vasos sanguíneos, tecido nervoso e linfático (Brasil, 2015).

A fisiologia da lactação está relacionada com a esfera neuroendócrina e pode ser dividida em: mamogênese (desenvolvimento da glândula mamária), lactogênese (início da lactação) e lactopoese (manutenção da lactação) (Pillay; Davis, 2023).

1.7.1 Mamogênese

Nesta fase, ocorre o desenvolvimento da glândula mamária, que se inicia na puberdade e se completa na gravidez e no puerpério, com a amamentação, quando ocorre o desenvolvimento e a diferenciação completos das mamas. Durante a gravidez, a ação dos hormônios sexuais femininos, como estrogênio e progesterona, estimula o crescimento das glândulas mamárias. Esses hormônios promovem a multiplicação dos ductos mamários e dos lóbulos, estruturas essenciais para a produção e o transporte do leite materno (Rezende Filho, 2022).

Os esteroides sexuais ovarianos exercem, por meio dos estrogênios, efeitos proliferativos, especialmente de estruturas ductais, além do incremento vascular. A progesterona, em ação conjunta, estimula o crescimento e a expansão dos ácinos, que são pequenos agrupamentos de células secretoras de leite que, quando estimuladas, são

responsáveis pela produção e liberação do leite materno. Durante a gestação, além dos esteroides sexuais, outros hormônios, como insulina, hormônio do crescimento, tiroxina, cortisol e prolactina, desencadeiam o aumento de tecido glandular, proporcionalmente ao de tecido gorduroso e conjuntivo, e da vascularização local (Ferreira, 2022).

A prolactina transforma essas células acinosas diferenciadas em células maduras, capazes de produzir diferentes componentes do leite. A elevação dos níveis séricos da prolactina decorre da hiperplasia e hipertrofia das células lactóforas situadas na adeno-hipófise e tem relação com a diminuição da produção do fator inibidor da prolactina (PIF) de origem hipotalâmica (Nomura, 2022).

A mamogênese, portanto, é um processo complexo e contínuo, que começa na puberdade e atinge seu pico durante a gravidez, preparando o corpo feminino para a amamentação. A integração entre diferentes hormônios e sistemas corporais garante que as mamas estejam prontas para nutrir o recém-nascido logo após o nascimento, proporcionando o leite materno como a primeira fonte de alimentação do bebê (Rezende Filho, 2022).

1.7.2 Lactogênese

Após o parto, com o nascimento da criança e a dequitação da placenta, ocorre o início da produção láctea. Há uma queda abrupta das concentrações de progesterona e de estrogênio, ambas de origem placentária, e elevação da prolactina sérica com efeitos nos receptores das células alveolares da mama. Nessas células, a prolactina age estimulando a diferenciação da fase pré-secretória para secretória, induzindo a síntese de RNA para produção de determinadas proteínas específicas do leite materno, como alfa-lactoalbumina e caseína, bem como enzimas catalisadoras. Esse fenômeno ocorre em cerca de 48 a 72 horas após o parto. A produção láctea adequada depende da glândula mamária plenamente desenvolvida, e outros hormônios atuam nesse processo, como insulina, cortisol e lactogênio placentário durante a gravidez (Ferreira, 2022).

A sucção pelo recém-nascido induz picos de prolactina. Assim, quanto menor o intervalo entre as mamadas, maior a estabilidade nas concentrações séricas da prolactina e na produção de leite. Inicialmente, até o 3º dia após o parto, ocorre pouca transformação das mamas. Nesse período, é possível observar o colostro, uma secreção amarelada, que possui grande quantidade de proteínas, baixo teor lipídico, minerais e imunoglobulinas, que ajudam a imunizar o bebê contra infecções, até que o efeito da prolactina se estabeleça. Ocorre então o aumento da consistência das mamas, da vascularização e congestão, fenômeno conhecido como

“apojadura” do leite, e a secreção láctea se estabelece. O leite materno, já maduro, apresenta menor teor proteico e aumento nas concentrações de lipídios e carboidratos, além de conter minerais, vitaminas, hormônios e fatores bioativos (Nomura, 2022).

A composição do leite materno sofre influência de vários fatores, como intervalos de mamadas, dieta e peso maternos, idade e necessidades do lactente. O volume de produção aumenta gradativamente de 500 mL por dia ao final da primeira semana, podendo chegar a 1 a 2 litros por dia. Cerca de 87% da sua composição corresponde a água e é isotônica em relação ao plasma; e a lactose é responsável por 50% de sua pressão osmótica. Seu teor calórico varia de 600 a 750 kcal por dia (Brasil, 2015).

No que se refere a seu conteúdo proteico, o leite humano contém mais de 400 tipos diferentes de proteínas, com funções variáveis de nutrição, atividade imunomoduladora e antimicrobiana, além de atuarem como facilitadoras da absorção de outros nutrientes por suas atividades enzimáticas e metabólicas. Imunoglobulinas como IgA são encontradas precocemente no colostro e no leite materno, seguidas de IgG. Além disso, o leite materno contém anticorpos específicos para muitos patógenos relacionados com infecções entéricas e pulmonares, principalmente. Muitas vitaminas podem ser encontradas no leite materno, mas em quantidades variáveis. Contudo, existe carência de vitamina K e baixas quantidades de vitamina D, portanto, a suplementação com vitaminas tem sido recomendada pelas Academias Americana e Brasileira de Pediatria (Rezende Filho, 2022).

O teor lipídico aumenta gradativamente até o 3º mês, e a maior parte da gordura do leite fica depositada nos alvéolos posteriores da mama. Assim, para que o leite ofertado tenha maior teor de gordura, existe a necessidade do esvaziamento completo das mamas. O leite apresenta, em sua composição, mais de 200 tipos de ácidos graxos, que são importantes fontes de energia, além de interferirem na maturação da mucosa intestinal do lactente. A esfingomielina, também presente, tem papel importante na mielinização do sistema nervoso central. Ainda, alguns ácidos graxos, particularmente monoglicerídeos de cadeia média, têm demonstrado papel importante na defesa contra patógenos, quando presentes na superfície das mucosas do lactente (Ferreira, 2022).

Grande variedade de carboidratos complexos está presente no leite materno. A lactose, dissacarídeo composto por molécula de galactose e glicose, em grande quantidade, é considerada a principal fonte de energia para o cérebro humano. Nesse processo de formação, a prolactina tem papel importante, à medida que estimula a ação de enzimas catalisadoras dessa reação, como a galactosiltransferase e a lactose sintetase. Ainda, alguns oligossacarídeos,

embora não sejam digeridos pelo lactente, contribuem para a nutrição adequada e a formação da microbiota gastrintestinal (Nomura, 2022).

1.7.3 Lactopoese

A lactopoese é a manutenção da lactação pela existência do reflexo neuroendócrino da sucção do mamilo pelo lactente, que age no eixo hipotalâmico-hipofisário. O ato de sucção pelo lactente inibe, no hipotálamo e por via medular, a liberação de dopamina, hormônio inibidor da secreção de prolactina pela hipófise, chamado de fator inibidor da prolactina (PIF). A prolactina, então secretada pela hipófise anterior, mantém a produção láctea. Logo após o parto, as concentrações séricas de prolactina encontram-se baixas, assim como durante a gestação; contudo, com a sucção e a inibição do PIF, ocorre elevação das concentrações de prolactina e o início efetivo da produção de leite (Rezende Filho, 2022).

O leite é produzido no intervalo entre as mamadas e fica armazenado na glândula mamária. A sucção também estimula a secreção de ocitocina em pulsos, pela hipófise posterior. A ocitocina age nas células mioepiteliais e nas musculares lisas situadas ao redor dos ácinos e dos canais intralobulares, respectivamente, promovendo a contração dessas estruturas e a ejeção do leite produzido nos alvéolos. Esse mecanismo, com esvaziamento contínuo dos ácinos, resulta na intensificação da produção do leite. O pico de secreção de prolactina se relaciona com o intervalo entre o parto e a primeira mamada, bem como com a frequência das mamadas subsequentes. Portanto, quanto menor esse intervalo, mais eficiente o estabelecimento do aleitamento materno. Assim, o estímulo repetitivo da amamentação, por meio da sucção, interfere diretamente na intensidade e na duração da lactação. Contrariamente, intervalos prolongados entre as mamadas e/ou sucção deficiente acarretam estase láctea e redução do fluxo vascular local (Nomura, 2022).

1.8 A VIOLÊNCIA DE GÊNERO PERPETRADA CONTRA A MULHER

1.8.1 A violência de gênero perpetrada contra a mulher: um fenômeno que pode interferir no aleitamento materno

Nos últimos anos, a violência de gênero e, mais especificamente, a violência perpetrada por parceiro íntimo (VPI) têm sido amplamente reconhecidas, impactando mulheres em diversas fases de suas vidas, incluindo a gestação. A violência física, psicológica e sexual são

formas de agressão que prejudicam não só a integridade física, mas também a saúde mental e emocional das mulheres, criando um ambiente hostil que impacta negativamente o bem-estar materno e infantil (Teixeira, 2013).

A violência contra as mulheres é uma violação dos direitos humanos, que prejudica a saúde física e mental delas e de seus filhos, gerando custos substanciais para a saúde e para a sociedade. Trata-se de uma importante causa de morbidade para as mulheres e de um problema global de saúde pública, além de ser um indicador para o Objetivo 5 (Igualdade de Gênero e Empoderamento de Mulheres e Meninas) dos ODS (Souza *et al.*, 2023).

Estudos apontam que a VPI pode ter início antes da gravidez, mas, em muitos casos, a violência continua ou se intensifica durante a gestação. A dependência econômica, a baixa escolaridade e o uso de substâncias pelo parceiro estão entre os fatores que agravam essa situação. Para as mulheres grávidas, a violência não só afeta sua saúde física, causando complicações como parto prematuro e aborto, mas também resulta em consequências psicológicas significativas, como depressão e ansiedade (Teixeira *et al.*, 2015; Araújo *et al.*, 2023).

No contexto da gestação, a violência assume uma gravidade ainda maior, uma vez que pode comprometer a saúde do feto. Em alguns casos, a gravidez pode até mesmo ser resultado de abuso sexual, tornando a situação ainda mais complexa para as vítimas. Além disso, as consequências da VPI se estendem para além do período gestacional, podendo afetar a relação da mulher com seu bebê e seu acesso a cuidados de saúde adequados durante o pré-natal (Conceição; Coelho; Madeiro, 2021).

Apesar do impacto significativo da VPI na saúde das gestantes, a detecção desse tipo de violência por parte dos profissionais de saúde ainda enfrenta desafios. É essencial que as enfermeiras e outros profissionais de saúde estejam capacitados para identificar os sinais de violência e oferecer apoio adequado às mulheres, promovendo um ambiente de confiança onde elas possam compartilhar suas experiências (Teixeira, 2013; Santos *et al.*, 2022).

A implementação de políticas públicas que ofereçam suporte às vítimas de violência é crucial para a mitigação dos efeitos da VPI na saúde materna e neonatal. Estratégias de empoderamento das mulheres, como a independência econômica e a promoção da educação, são fundamentais para combater as raízes da violência de gênero e oferecer um futuro mais seguro para as gestantes e seus filhos (Teixeira, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002; WHO, 2021) e a ONU (2010) definem a violência de gênero como qualquer ato de violência baseado no gênero que resulte ou possa

resultar em dano físico, sexual ou psicológico, incluindo ameaças, coerção ou privação arbitrária de liberdade. Essa definição amplia o entendimento sobre as formas de violência sofridas por mulheres em contextos domésticos, sociais e institucionais. A violência de gênero, ao ser fundamentada em relações desiguais de poder, afeta de maneira desproporcional as mulheres e meninas, sendo considerada uma violação grave dos direitos humanos.

Dentro do conceito de violência doméstica (VD), essa é uma das formas mais comuns de violência de gênero, especialmente contra mulheres. De acordo com Saffioti e Almeida (2020), no contexto doméstico, a violência é muitas vezes banalizada e até mesmo naturalizada, especialmente em sociedades patriarcais, onde o controle sobre o corpo e a vida das mulheres é uma manifestação das estruturas de poder e desigualdade de gênero. A violência doméstica é, portanto, uma expressão da violência de gênero que ocorre em espaços privados, frequentemente perpetrada por pessoas próximas, como parceiros, familiares ou membros do núcleo familiar. Esse cenário reforça a vulnerabilidade das mulheres no ambiente doméstico, onde o abuso psicológico, físico e sexual se torna uma ferramenta de dominação e controle.

A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) do Brasil, reconhecida como uma das legislações mais avançadas no combate à violência doméstica, explicita essa relação ao definir a violência doméstica e familiar como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico, ou dano moral e patrimonial à mulher. Essa legislação protege as mulheres de diferentes formas de agressão e enfatiza a importância de tratar a violência doméstica como parte da luta contra a desigualdade de gênero (Brasil, 2006).

A relação entre violência de gênero e violência doméstica é, portanto, evidente na medida em que ambas compartilham raízes no poder desigual entre os gêneros. A violência doméstica, sendo uma forma de violência de gênero, é também uma das mais prevalentes, conforme dados da OMS (2002) e Agende (2004), que indicam que cerca de 1 em cada 3 mulheres no mundo sofre violência física ou sexual, principalmente por parte de seus parceiros íntimos. Essa violência tem implicações profundas para a saúde física e mental das mulheres, incluindo lesões, problemas de saúde mental e até a morte em casos extremos.

A ONU (2010) e WHO (2021) afirmam que a violência doméstica deve ser abordada como uma questão de direitos humanos, não apenas como um problema privado. A invisibilidade da violência doméstica e a tolerância social ao abuso são consequências de uma estrutura de gênero desigual que valoriza o poder masculino e marginaliza as mulheres. Em resposta a essa realidade, movimentos feministas e legislações progressistas, como a Lei Maria

da Penha, buscaram romper com essa invisibilidade, promovendo campanhas de conscientização, criando mecanismos de proteção e responsabilizando agressores.

No entanto, mesmo com a existência de leis robustas, como a Lei Maria da Penha, o Brasil ainda enfrenta desafios significativos na erradicação da violência doméstica. De acordo com Bandeira (2014), um dos principais obstáculos é a cultura de impunidade e a dificuldade de acesso das mulheres às redes de apoio e proteção. Muitas mulheres ainda se encontram em situações de dependência financeira e emocional que dificultam a denúncia e a busca por ajuda. Além disso, o medo de retaliação e a falta de informação sobre seus direitos agravam a situação.

Outro aspecto relevante, destacado por Brasil (2006) e Monteiro (2007), é a importância de políticas públicas integradas para combater a violência de gênero no âmbito doméstico. Essas políticas devem incluir medidas preventivas, como campanhas educacionais sobre igualdade de gênero, além de ações repressivas, que garantam a segurança das vítimas e a responsabilização dos agressores. Também é essencial que haja uma rede de apoio sólida, composta por serviços de saúde, assistência social e jurídica, para fornecer um atendimento abrangente às mulheres vítimas de violência doméstica.

Portanto, a definição de violência de gênero abrange diversas formas de opressão e abuso baseados no gênero, sendo uma das mais frequentes e graves manifestações dessa desigualdade estrutural. A relação entre ambas está centrada na perpetuação do poder masculino sobre as mulheres em ambientes privados, onde a violência física, psicológica, sexual e patrimonial afeta diretamente a integridade e a dignidade das vítimas. Combater a violência doméstica é, portanto, uma questão essencial no enfrentamento da violência de gênero e na busca por equidade de gênero.

1.8.2 Violência de gênero contra a mulher: perspectiva no contexto social, jurídico e de saúde pública

A violência de gênero tem uma relevância inquestionável no cenário social, jurídico e de saúde pública. No contexto social, essa forma de violência reflete e mantém desigualdades históricas entre homens e mulheres, fortalecendo sistemas de opressão e relações de poder desiguais, que sustentam a ideia de que a mulher deve se submeter ao controle masculino, o que impede avanços rumo à igualdade de gênero e ao empoderamento feminino (Teixeira, 2013). Além disso, a violência de gênero afeta gerações, pois crianças que crescem em lares violentos tendem a reproduzir comportamentos abusivos ou a se tornarem vítimas no futuro (Henriques; Dutra-Thomé; Rosa, 2022).

Entre os dezessete objetivos da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU), dos quais o Brasil é signatário, "alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas" corresponde ao quinto objetivo (ONU, 2016). No entanto, o Brasil está entre os países com o maior número de casos de violência contra a mulher. Segundo o Atlas da Violência (2025), foram registrados 3.903 homicídios de mulheres no país em 2023, sendo as mulheres negras as principais vítimas. Os registros brasileiros indicam que a violência de gênero vivenciada por essas mulheres ocorre, em grande parte, dentro de suas próprias casas (IPEA, 2025).

Do ponto de vista jurídico, a relevância do tema é evidente nas legislações específicas criadas para combater a violência doméstica e de gênero. A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), por exemplo, é um marco jurídico fundamental no Brasil, reconhecendo a gravidade da violência doméstica contra a mulher e criando mecanismos de proteção e assistência para as vítimas. Além disso, essa legislação introduziu medidas preventivas e punitivas, como a criação de delegacias especializadas, centros de atendimento e a possibilidade de medidas protetivas de urgência, que proíbem o agressor de se aproximar da vítima (BRASIL, 2006).

No campo da saúde pública, a violência de gênero tem consequências devastadoras e de longo prazo. A OMS classifica a violência contra a mulher como uma das principais questões de saúde pública, devido ao seu impacto direto e indireto na saúde física, mental e reprodutiva das vítimas (OMS, 2013). Mulheres que sofrem violência doméstica estão mais propensas a desenvolver depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), além de enfrentarem problemas de saúde física, como lesões, doenças sexualmente transmissíveis e complicações na gravidez (Macedo *et al.*, 2025; Conceição; Coelho; Madeiro, 2021; Drezett; Torres; Freite, 2024).

Os custos econômicos para o sistema de saúde também são elevados, uma vez que essas mulheres frequentemente necessitam de tratamentos médicos prolongados e acompanhamento psicológico (Silva *et al.*, 2022).

Além do impacto direto nas vítimas, a violência doméstica também sobrecarrega os sistemas de saúde e assistência social. Os serviços de emergência, as unidades de saúde mental e as redes de apoio social são frequentemente solicitados para intervir em casos de violência doméstica, o que demanda recursos significativos do Estado (Potter *et al.*, 2021). Segundo a ONU Mulheres (2015), o enfrentamento à violência contra as mulheres exige respostas integradas que envolvam os setores da saúde, justiça, segurança pública, assistência social e

educação, entre outros, para garantir a interrupção dos ciclos de violência e a promoção da equidade de gênero.

Por fim, a relevância do tema também se manifesta na necessidade de mudanças culturais e educacionais. Combater a violência de gênero exige, além de respostas imediatas e repressivas, uma transformação profunda nas normas sociais que perpetuam a desigualdade de gênero. Campanhas de conscientização, educação nas escolas sobre relações de gênero e respeito mútuo, e o fortalecimento de redes de apoio às vítimas são componentes essenciais de uma abordagem ampla e eficaz para erradicar a violência contra a mulher. A relevância social, jurídica e de saúde pública da violência de gênero destaca a urgência de um compromisso contínuo de todos os setores da sociedade na luta por uma sociedade mais justa e equitativa.

1.8.3 Definições conceituais da violência de gênero e as repercussões à saúde da mulher e do neonato

Enraizada em sistemas patriarcais, a violência de gênero se sustenta em normas e comportamentos que relegam a mulher a uma posição de inferioridade em relação ao homem, com base na distinção de gênero (Tassinari *et al.*, 2022). Trata-se de um fenômeno multifacetado, diretamente relacionado a aspectos culturais e estruturais da sociedade. Essas violências podem se manifestar de forma física, psicológica, sexual, moral e patrimonial, afetando de maneira direta a dignidade, a integridade e a liberdade das mulheres (BRASIL, 2006).

A violência doméstica, frequentemente confundida com a violência de gênero, pode ter diferentes motivações e contextos. Embora grande parte dos casos envolvendo agressões contra mulheres no ambiente doméstico sejam manifestações da violência de gênero, nem todos os episódios de violência doméstica são motivados por questões relacionadas ao gênero. Considera-se violência doméstica aquela que ocorre dentro do lar e se fundamenta em relações interpessoais de desigualdade e poder entre homens e mulheres ligados por vínculos consanguíneos, de afetividade ou de amizade, que se valem da condição de casamento, convívio ou confiança (Teixeira, 2013).

É importante destacar que a violência de gênero tem uma característica estrutural e sistemática, sendo promovida e sustentada por normas e práticas sociais que reforçam a desigualdade entre os gêneros. A compreensão dessa diferença é essencial para a criação de políticas públicas específicas que tratem da violência de gênero. Nesse sentido, a Lei Maria da

Penha reconhece o papel central da desigualdade de gênero na perpetuação da violência contra a mulher e estabelece mecanismos de proteção voltados para essa forma particular de violência (Brasil, 2006).

Outro conceito importante e que merece destaque nesta pesquisa é o de Violência Intrafamiliar (VI). Violência intrafamiliar refere-se ao abuso ou maus-tratos que ocorrem entre membros de uma mesma família ou unidade doméstica. Ela pode incluir violência física, psicológica, sexual, e até negligência, e geralmente envolve uma relação de poder desequilibrada, na qual um membro da família exerce controle ou agressão sobre outro (Brasil, 2002; Miura; Medeiros, 2021). Esse tipo de violência pode afetar crianças, cônjuges, idosos e outros parentes, sendo um fenômeno amplamente invisível, já que muitas vezes ocorre no espaço privado do lar (Lopes, 2021).

A violência intrafamiliar tende a se repetir em ciclos, o que agrava seus efeitos e amplia suas consequências, especialmente para crianças que testemunham ou sofrem diretamente o abuso. Estudos mostram que crianças expostas à violência intrafamiliar têm maior risco de desenvolver transtornos como depressão, ansiedade e estresse pós-traumático ao longo da vida, perpetuando o ciclo de violência nas gerações seguintes (Wilde; Sheeran; Douglas, 2023).

Embora a violência intrafamiliar seja um problema global, as causas e formas de enfrentamento variam entre culturas e contextos socioeconômicos. Em muitos países, o patriarcado e normas culturais que atribuem o controle do lar ao homem agravam a violência contra mulheres e crianças, dificultando a denúncia e o acesso a serviços de proteção. No entanto, políticas públicas têm evoluído, com várias nações implementando leis e programas específicos para enfrentar a violência intrafamiliar e oferecer suporte às vítimas (Melnyk *et al.*, 2023).

Intervenções eficazes para prevenir e tratar a violência intrafamiliar incluem a criação de redes de apoio que envolvam a comunidade, os serviços de saúde e as autoridades legais. Essas iniciativas devem ser acompanhadas de campanhas de conscientização para desmantelar o estigma associado às vítimas e incentivar a denúncia. Além disso, é crucial que as intervenções sejam sensíveis ao contexto cultural e às necessidades individuais de cada família (Pontes *et al.*, 2021).

A violência de gênero (VG) perpetrada contra a mulher constitui um fenômeno social persistente, baseado nas relações de gênero, que desencadeia danos físicos, psicológicos e/ou sofrimento para a mulher. É considerada um grave problema de saúde pública e uma problemática mundial, fundamentada nas relações desiguais de poder. Ou seja, trata-se de um

tipo de violência motivada pela discriminação de gênero, gerada a partir das relações interpessoais de convivência, geralmente em ambientes privados e familiares, onde as relações de gênero se estabelecem de forma hierárquica (Bandeira, 2014).

A VG doméstica tem impactos devastadores para as mulheres, tanto em termos físicos quanto psicológicos. Fisicamente, as vítimas muitas vezes sofrem lesões que variam de hematomas a fraturas, danos internos e, em casos extremos, morte. Segundo o relatório da OMS (2002), a violência doméstica é uma das principais causas de morte e invalidez entre mulheres em idade reprodutiva. Além disso, muitas dessas mulheres não buscam ajuda médica imediatamente, seja por medo de represálias, vergonha ou dependência do agressor, o que pode agravar ainda mais as consequências físicas da violência.

As consequências psicológicas são igualmente graves. Mulheres vítimas de violência doméstica frequentemente desenvolvem transtornos mentais, como depressão, ansiedade e TEPT. Segundo Heilborn (2002), essas mulheres são levadas a acreditar que merecem o abuso ou que são incapazes de escapar da situação, o que resulta em uma diminuição significativa de sua autoestima. O TEPT, por exemplo, se manifesta através de flashbacks, insônia, hipervigilância e um constante estado de alerta, prejudicando a capacidade da mulher de funcionar normalmente em sua vida cotidiana.

Além dos impactos diretos na saúde mental, a violência de gênero doméstica também resulta em isolamento social. Bandeira (2014) observa que os agressores frequentemente utilizam táticas para isolar suas vítimas de amigos e familiares, controlando seus movimentos e restringindo seu acesso ao mundo exterior. Esse isolamento faz com que as mulheres se sintam cada vez mais desamparadas, sem suporte social para buscar ajuda ou escapar da situação de violência. Isso reforça a dependência emocional e psicológica do agressor, dificultando a ruptura do ciclo de violência.

Outro efeito significativo da violência doméstica é a dependência financeira que muitas mulheres enfrentam. Monteiro (2007) aponta que, em muitos casos, os agressores controlam os recursos financeiros, impedindo que as mulheres trabalhem ou tenham acesso ao dinheiro da família. Essa dependência econômica agrava a dificuldade de escapar do ciclo de abuso, pois a mulher não tem os meios necessários para sustentar a si mesma e aos seus filhos sem o apoio do agressor. Esse controle financeiro é uma forma sutil, mas poderosa, de abuso, que frequentemente passa despercebido por aqueles que não estão familiarizados com a dinâmica da violência de gênero.

Os impactos sociais da violência de gênero doméstica vão além da vítima individual e afetam a sociedade como um todo. Mulheres que são vítimas de violência doméstica têm maior probabilidade de perder seus empregos ou de não conseguirem manter estabilidade no mercado de trabalho devido às ausências causadas por lesões, problemas de saúde mental ou a necessidade de comparecer a audiências judiciais e delegacias. Além disso, essa violência gera uma pressão adicional sobre os serviços de saúde e os sistemas de assistência social, que precisam lidar com as consequências físicas e emocionais desse tipo de abuso (Agende, 2004).

A saúde mental das mulheres é particularmente afetada pela violência de gênero doméstica. Segundo a OMS (2002), além da depressão e do TEPT, muitas mulheres vítimas de violência também sofrem de abuso de substâncias, como álcool ou drogas, como uma forma de lidar com o trauma. Esse comportamento de fuga, no entanto, muitas vezes leva a outros problemas de saúde, incluindo dependência química, complicações físicas e isolamento ainda maior. Assim, a violência de gênero não só cria uma carga imediata de sofrimento emocional, mas também estabelece um ciclo de problemas de saúde que se perpetua ao longo do tempo.

A ansiedade também é uma consequência comum da violência doméstica. Mulheres que vivem em situações de violência constante desenvolvem um estado permanente de ansiedade, sempre esperando a próxima explosão de agressão. Esse estado contínuo de tensão pode levar a problemas de saúde física, como hipertensão, doenças cardíacas e distúrbios gastrointestinais, como gastrite e úlceras. Segundo Heilborn (2002), a conexão entre saúde mental e saúde física é inegável, e a violência doméstica muitas vezes agrava doenças físicas preexistentes ou cria novas condições de saúde.

Um dos impactos mais cruéis da violência de gênero doméstica é o efeito que ela tem sobre a autoestima e a identidade da mulher. Muitas vezes, os agressores utilizam a violência verbal e psicológica para minar a confiança da mulher em si mesma, fazendo-a acreditar que é incapaz de cuidar de si ou de seus filhos sem a presença do agressor. Essa manipulação psicológica, que Heilborn (2002) descreve como uma forma de controle coercitivo, deixa cicatrizes emocionais profundas, dificultando ainda mais a recuperação da vítima, mesmo que ela consiga escapar fisicamente da relação abusiva.

A dependência emocional é outro fator que mantém muitas mulheres presas em relações violentas. Bandeira (2014) explica que, em muitos casos, os agressores alternam comportamentos de violência com momentos de carinho ou arrependimento, criando uma confusão emocional na vítima, que acredita que o agressor pode mudar. Esse ciclo de violência

e reconciliação, descrito como o "ciclo de Walker", aprisiona emocionalmente a mulher, impedindo-a de tomar medidas definitivas para se proteger.

A dependência emocional é outro fator que mantém muitas mulheres presas em relações violentas. Bandeira (2014) explica que, em muitos casos, os agressores alternam comportamentos de violência com momentos de carinho ou arrependimento, criando uma confusão emocional na vítima, que acredita que o agressor pode mudar. Esse ciclo de violência e reconciliação, descrito como o "ciclo de Walker", aprisiona emocionalmente a mulher, impedindo-a de tomar medidas definitivas para se proteger.

Muitos são os desafios iniciais para a garantia do aleitamento materno exclusivo. Sabe-se que países de alta, média e baixa renda usufruem dos benefícios do aleitamento materno. Nesse sentido, questiona-se quais são os motivos da baixa adesão ao AME, sendo necessário compreender a complexidade das vivências que constroem o ato de amamentar. Compreende-se que a amamentação perpassa o contexto histórico e sofre influência de determinantes como as ações dos serviços de saúde, o apoio da rede familiar, as vivências maternas durante o ciclo gravídico-puerperal, além das leis e políticas públicas que permeiam a proteção desse processo (Baraldi *et al.*, 2020).

Entende-se, assim, que os fatores relacionados ao desmame precoce são multifatoriais e complexos. Portanto, faz-se necessário qualificar os profissionais da assistência para identificarem os fatores de risco para a amamentação desde o início do pré-natal, que podem ser: socioeconômicos, emocionais, ambientais e orgânicos, como trabalho de parto prolongado, idade materna, falta de apoio da equipe e de familiares para o aleitamento materno, primiparidade, cesariana, uso de anestesia, estresse e dor intensa no trabalho de parto, métodos farmacológicos para alívio da dor, entre outros (Carvalho; Gomes, 2017). No entanto, outros fatores também podem colocar em risco o aleitamento materno, entre eles, destaca-se a violência de gênero perpetrada contra a mulher pelo parceiro íntimo (Ferreira; Cabeças, 2024).

Estudo realizado nos países de Malawi, Tanzânia e Zâmbia identificou que as mães que sofreram VPI emocional eram mais propensas a não iniciar a amamentação na primeira hora após o nascimento (Walters *et al.*, 2021). Outra evidência aponta que mulheres que vivenciam VPI apresentam estado de saúde mental comprometido, sentem-se chorosas, com medo e estressadas por coabitarem em um ambiente hostil. Devido ao medo de que os sentimentos negativos sejam transmitidos ao bebê através do aleitamento materno, muitas optam pela introdução de bicos artificiais e acabam desmamando precocemente seus filhos (Silva; Ribeiro; Bezerra, 2022).

Em contrapartida, um estudo não associou a violência física contra a mulher pelo parceiro durante a gravidez como fator determinante para o desmame precoce, mas destacou a relação entre o sucesso do aleitamento materno e as práticas de educação sobre a amamentação realizadas no pré-natal, evidenciando que as mães que receberam orientações adequadas tiveram maior probabilidade de amamentar (Aristizábal; Theme Filho, 2022).

Para explicar esse comportamento, alguns pesquisadores sugerem duas hipóteses conceituais. A primeira é a "hipótese do déficit", que se refere ao fato de que mães expostas à violência do parceiro podem apresentar dificuldades comportamentais ou fisiológicas em relação à amamentação. Ou seja, uma mãe exposta a tal violência pode relacionar experiências angustiantes à amamentação e às mamas, o que pode estar associado à interrupção precoce da prática. Ela também pode estar fisicamente ferida, ansiosa ou deprimida, o que compromete sua capacidade de amamentar o bebê (Yount; Digirolamo; Ramakrishnan, 2011).

A "hipótese compensatória" sugere que mães expostas à violência de parceiros podem, paradoxalmente, desenvolver um comportamento parental mais positivo para com seus filhos. Isso pode ocorrer porque essas mães, cientes do ambiente de adversidade, se tornam mais sensíveis às necessidades dos filhos, compensando a agressividade do ambiente com práticas de cuidado mais afetuosas e atentas. Levendosky *et al.* (2003) propõem que, ao perceber o impacto negativo da violência doméstica, essas mães tentam criar uma espécie de "refúgio" emocional para seus filhos, buscando suprir, com amor e atenção, o que a violência tira do lar.

Entretanto, essa compensação, embora importante, não elimina os efeitos nocivos da violência no ambiente familiar. Estudos sugerem que a exposição à violência entre os pais afeta negativamente o desenvolvimento emocional e psicológico das crianças, mesmo quando as mães tentam minimizar esse impacto por meio de comportamentos compensatórios (Levendosky *et al.*, 2003). A violência doméstica cria um ambiente de instabilidade e medo, o que pode levar os filhos a desenvolverem problemas emocionais e comportamentais, como ansiedade, depressão e dificuldade de socialização (Cavagnolli; Machado, 2024).

A violência doméstica gera um ciclo de estresse e desgaste emocional que afeta diretamente as capacidades parentais. O apoio psicossocial atua como um alívio a essa sobrecarga, possibilitando que a mãe se sinta mais segura e confiante no papel parental. Estudos apontam que mães que recebem esse tipo de suporte são capazes de manter uma interação mais afetuosa e atenta com seus filhos, mesmo em contextos de adversidade (Levendosky *et al.*, 2003). Dessa forma, intervenções terapêuticas, como o acompanhamento psicológico, podem

ajudar a mãe a lidar melhor com o trauma e, ao mesmo tempo, oferecer estratégias mais eficazes de cuidado familiar.

Programas de suporte especializado voltados para mulheres em situação de violência doméstica devem incluir ações multidisciplinares, integrando apoio legal, psicológico e econômico. Segundo Silva e Ribeiro (2020), o fornecimento de recursos financeiros e moradia temporária, juntamente com o atendimento psicológico, pode promover maior autonomia para essas mães. Além disso, intervenções educativas, que busquem reforçar competências parentais, são importantes para garantir que essas mulheres possam desempenhar um papel parental protetivo, independentemente da violência vivenciada.

O suporte não deve se limitar ao aspecto psicológico. A assistência social pode ajudar a reduzir a dependência econômica, uma das principais barreiras para que as mulheres deixem relações abusivas. Mães que conseguem alcançar uma maior independência financeira têm melhores condições de manter um ambiente familiar seguro e estável, proporcionando um crescimento saudável para seus filhos. As políticas públicas, nesse sentido, desempenham um papel fundamental para garantir que as mulheres tenham acesso a recursos e capacitações que promovam sua autonomia (Monteiro, 2007).

A integração dos serviços de saúde e assistência social é uma recomendação que surge frequentemente na literatura sobre violência doméstica. A criação de redes de apoio multidisciplinares permite que as intervenções sejam mais eficazes e abrangentes, tratando não apenas os aspectos psicológicos, mas também sociais e econômicos das vítimas. Esse tipo de abordagem holística é crucial para enfrentar as complexidades da violência de gênero e suas implicações no ambiente familiar, fortalecendo a mãe como figura central no desenvolvimento dos filhos, mesmo em cenários de adversidade (Bandeira, 2014).

Entretanto, ambas as hipóteses carecem de novas investigações que examinem outras variáveis para compreender as condições, situações e sentimentos enfrentados por mulheres que sofrem violência íntima de seus parceiros durante a gravidez (Aristizábal; Theme Filho, 2022).

Sugere-se que mais estudos sobre o tema sejam desenvolvidos, conferindo maior visibilidade à temática da VPI e seus reflexos no processo de AME, de forma que essa problemática seja abordada não apenas na saúde, mas também nas esferas sociais, culturais, jurídicas e políticas. No âmbito assistencial da enfermagem, a gravidez e o puerpério representam momentos em que a mulher mantém maior contato com os serviços de saúde. Os profissionais podem atuar de maneira significativa nesse cenário, identificando mulheres

expostas à violência por meio da triagem pré-natal ou pós-parto e promovendo ações de vínculo, escuta qualificada e educação sobre o processo de amamentação.

Indubitavelmente, a violência doméstica pode atuar como um fator de risco significativo para o desmame precoce, comprometendo a continuidade do aleitamento materno. As mulheres que vivem em contextos de violência são expostas a níveis elevados de estresse físico e emocional, o que pode interferir diretamente na sua capacidade de amamentar (OMS, 2002). Segundo Silva e Ribeiro (2020), o estresse e a ansiedade resultantes da violência podem prejudicar o reflexo de ejeção do leite, dificultando a produção e o fluxo do leite materno. Além disso, a exaustão física e emocional decorrente da violência afeta diretamente a capacidade da mãe de manter a amamentação de forma regular e saudável.

Outro fator que contribui para o desmame precoce em mulheres vítimas de violência doméstica é a falta de apoio emocional e social. Em muitas situações, as mães enfrentam isolamento social, o que limita seu acesso a informações e orientações sobre a importância do aleitamento materno. A falta de uma rede de apoio, como familiares ou amigos, que ajudem a manter o vínculo com o bebê por meio da amamentação, pode levar ao desmame precoce. Bandeira (2014) destaca que o suporte social é fundamental para manter práticas de cuidado parental saudáveis, incluindo o aleitamento materno.

Além dos efeitos emocionais, as agressões físicas sofridas pelas mulheres também podem influenciar diretamente no processo de amamentação. Lesões corporais, especialmente na região torácica, podem causar dor e desconforto ao amamentar, levando a mãe a interromper a prática para evitar mais sofrimento. A OMS (2002) alerta que as lesões físicas causadas pela violência doméstica, especialmente em casos de agressões repetidas, têm um impacto direto na capacidade da mãe de manter o aleitamento de maneira eficaz e prolongada, o que pode resultar em um desmame antes do tempo ideal.

A VPI também pode afetar a produção hormonal necessária para a amamentação. A prolactina e a ocitocina, hormônios essenciais para a produção e ejeção do leite, são influenciados pelo estado emocional da mãe. Em contextos de violência, o estresse crônico e a ansiedade podem interferir na liberação desses hormônios, resultando em uma produção insuficiente de leite. Estudos sugerem que o estado emocional da mãe tem um papel central no sucesso do aleitamento, e a VPI vivenciada durante a gravidez, ao comprometer o equilíbrio emocional, contribui para o desmame precoce (BaraldI *et al.*, 2022).

Outro aspecto relevante é o controle econômico exercido pelo agressor, que pode limitar o acesso da mãe a uma alimentação adequada e cuidados de saúde. Uma alimentação deficiente

pode prejudicar a produção de leite, levando ao desmame precoce. Monteiro (2007) ressalta que o controle financeiro é uma forma de abuso comum em contextos de violência doméstica, que frequentemente priva as mulheres dos recursos necessários para manter sua própria saúde e a saúde de seus filhos. Dessa forma, a privação econômica pode impactar negativamente a continuidade da amamentação.

Além dos aspectos fisiológicos e psicológicos, a falta de um ambiente seguro para a amamentação é outro fator que contribui para o desmame precoce. O ambiente doméstico violento cria um espaço de constante tensão e medo, que pode interferir na criação de um vínculo seguro entre mãe e bebê. Heilborn (2002) argumenta que a amamentação exige um ambiente de tranquilidade e conexão, que é raramente presente em lares marcados pela violência. Sem esse ambiente, a prática da amamentação pode ser interrompida prematuramente, levando ao desmame.

1.8.4 Desafios e avanços no enfrentamento à violência de gênero contra a mulher

O enfrentamento à violência de gênero doméstica enfrenta uma série de desafios, muitos dos quais estão enraizados em questões culturais, sociais e econômicas. Um dos principais obstáculos é o estigma associado às vítimas de violência doméstica. Muitas mulheres são culpabilizadas pela violência que sofrem, com a sociedade frequentemente questionando suas decisões, como permanecer em uma relação abusiva ou não denunciar o agressor. Segundo Bandeira (2014), o estigma reforça a ideia de que a violência no ambiente familiar é um problema privado e não uma violação de direitos humanos, o que dificulta a conscientização e a mobilização social para enfrentar o problema.

Outro grande desafio é o medo de denunciar. Muitas vítimas de violência doméstica hesitam em procurar ajuda por medo de represálias, tanto por parte do agressor quanto pela reação das autoridades e da sociedade. O medo de retaliação física ou emocional, assim como a possibilidade de perder a guarda dos filhos, leva muitas mulheres a permanecerem em silêncio. O medo de denunciar é intensificado pela falta de proteção adequada, o que faz com que muitas mulheres não confiem nos sistemas de justiça e segurança pública para garantir sua segurança e a de seus filhos (Teixeira, 2013; Callou; Magalhães; Albuquerque, 2021).

A dependência econômica é outro fator que impede muitas mulheres de deixarem relações abusivas. Os autores ressaltam que a violência doméstica frequentemente inclui o controle financeiro como uma forma de abuso, tornando as mulheres dependentes do agressor para suas necessidades básicas. Sem recursos financeiros próprios, muitas vítimas se sentem

incapazes de se afastar do agressor, pois temem não ter como sustentar a si mesmas ou a seus filhos. A falta de oportunidades de emprego e o acesso limitado à educação e capacitação profissional exacerbam essa dependência econômica, tornando o combate à violência de gênero ainda mais complexo (Souza; Matos; Prestes, 2024; Teixeira, 2013).

Apesar desses desafios, houve avanços significativos no combate à violência de gênero contra a mulher nas últimas décadas. Os movimentos feministas desempenharam um papel crucial ao trazer a violência doméstica para o debate público, desafiando a noção de que esse é um problema privado. Heilborn (2002) destaca que, a partir da década de 1970, os movimentos feministas começaram a exigir mudanças nas leis e políticas públicas para proteger as mulheres, além de promoverem redes de apoio e acolhimento às vítimas. Essas iniciativas ajudaram a dar visibilidade ao problema e a desestigmatizar a experiência das mulheres que sofrem violência.

Outro avanço importante é a criação de campanhas de conscientização que buscam informar a sociedade sobre os direitos das mulheres e sobre as consequências da violência doméstica. No Brasil, a campanha "Quem Ama, Não Mata", iniciada na década de 1980, foi uma das primeiras a chamar atenção para a violência contra a mulher como uma questão de saúde pública e direitos humanos (Bandeira, 2014). Nos dias de hoje, campanhas como o Agosto Lilás e o Dia Internacional para a Eliminação da Violência contra as Mulheres continuam a desempenhar um papel essencial na educação da população e na mobilização de ações governamentais e sociais.

A promulgação da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) foi um dos maiores avanços no combate à violência doméstica no Brasil. A lei criou mecanismos de proteção para as mulheres, como as medidas protetivas de urgência, e reforçou a importância de políticas públicas integradas para o enfrentamento da violência de gênero. Esta lei é considerada uma das legislações mais avançadas no mundo no que se refere à proteção dos direitos das mulheres, sendo amplamente utilizada como referência internacional (Brasil, 2006).

No entanto, apesar dos avanços legislativos, a implementação eficaz dessas leis continua a ser um desafio. A falta de infraestrutura adequada para atender às vítimas, como casas-abrigo e delegacias especializadas, é um problema recorrente em muitas regiões. Além disso, há uma falta de capacitação adequada dos profissionais que lidam diretamente com casos de violência doméstica, como policiais e assistentes sociais. Segundo Barbosa *et al.* (2024), muitos profissionais ainda têm dificuldade em lidar com as nuances dos casos de violência de gênero, o que leva à revitimização das mulheres que procuram ajuda.

Para enfrentar esses desafios, é fundamental adotar propostas e recomendações que aprimorem o sistema de proteção às mulheres. Uma das recomendações é a criação de políticas públicas integradas, que incluam não apenas a proteção imediata das vítimas, mas também programas de educação e reinserção no mercado de trabalho. Essas iniciativas contribuem para reduzir a dependência econômica das mulheres e permitem que elas possam reconstruir suas vidas com maior autonomia (OMS, 2002).

Outra recomendação crucial é o fortalecimento das redes de apoio para as vítimas de violência de gênero. Bandeira (2014) sugere a ampliação de programas que ofereçam apoio psicológico, jurídico e social para as mulheres, além da criação de mais casas-abrigo que possam acolher as vítimas e seus filhos em situação de emergência. Esses serviços devem ser amplamente divulgados para que as mulheres saibam onde buscar ajuda de maneira segura e eficaz.

Em 2022, o Estado do Rio de Janeiro registrou mais de 125 mil mulheres vítimas de violência doméstica e familiar, o que equivale a uma média de 14 casos por hora. Entre essas vítimas, a combinação de violência psicológica e violência verbal foi a mais frequente, seguida da violência física. Os dados revelam que mais de 50% das vítimas estavam na faixa etária de 30 a 59 anos, e um percentual significativo eram mulheres negras. Além disso, 111 mulheres foram vítimas de feminicídio no estado, sendo a maioria dos agressores companheiros ou ex-companheiros. A residência foi o local predominante desses crimes, o que reflete a gravidade da violência no ambiente doméstico (ISP-RJ, 2023).

Em Teresópolis, o cenário segue a tendência do estado, com aumento nas ocorrências de violência doméstica, especialmente após a pandemia. Embora os dados específicos para a cidade não sejam tão amplamente divulgados, sabe-se que a violência psicológica e o controle econômico são comuns, e a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) da região tem registrado um crescimento nos pedidos de medidas protetivas (IPEA, 2023).

Embora os dados específicos sobre idade, raça, cor, grau de instrução e nível social para Teresópolis sejam limitados, estudos gerais realizados no estado e em outras regiões podem fornecer um panorama aproximado. Segundo dados do Instituto de Segurança Pública (ISP), as vítimas de violência doméstica no estado do Rio de Janeiro tendem a ser majoritariamente mulheres negras, com idades entre 30 e 59 anos (IPEA, 2023). Além disso, as mulheres de nível socioeconômico mais baixo e com menor grau de escolaridade são as mais vulneráveis, como evidenciado por estudos que associam a violência de gênero a situações de dependência financeira e falta de autonomia econômica (Santos *et al.*, 2024; FBSP, 2023).

A falta de dados desagregados sobre esses aspectos limita uma análise mais detalhada da situação específica da cidade, mas confirma a necessidade de políticas públicas mais robustas e inclusivas para proteger as mulheres em situação de vulnerabilidade em toda a região. Esse panorama ressalta a importância de ampliar a coleta e análise de dados sobre violência doméstica em cidades como Teresópolis, para que as ações de enfrentamento sejam mais bem direcionadas às necessidades das vítimas, levando em consideração as especificidades locais.

Uma pesquisa conduzida pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública e o Datafolha aponta que 33,4% das mulheres brasileiras com 16 anos ou mais já sofreram violência física ou sexual por parte de um parceiro íntimo ao longo da vida. Além disso, 24,5% relataram ter sofrido agressões físicas, como tapas, socos e chutes, e 21,1% afirmaram ter sido forçadas a manter relações sexuais contra sua vontade (FBSP, 2023; Instituto Datafolha, 2023).

De acordo com o Dossiê Mulher 2024, publicado pelo Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro, as mulheres na faixa etária entre 30 e 59 anos foram as mais afetadas pela violência, representando 54,3% do total de vítimas. As mulheres solteiras também foram identificadas como o grupo mais frequentemente vitimado (48,9%). A predominância de mulheres negras entre as vítimas (51,9%) reflete as desigualdades estruturais enfrentadas por esse grupo, como o racismo estrutural, a falta de acesso a serviços de apoio adequados e as desigualdades socioeconômicas, fatores que aumentam significativamente sua vulnerabilidade à violência (Instituto de Segurança Pública, 2024).

Embora algumas mulheres estejam mais vulneráveis que outras, a violência de gênero pode afetar qualquer mulher, independentemente de idade, raça, etnia, cultura, religião ou situação econômica. As consequências da violência cometida por parceiros íntimos são graves para a saúde física, mental, sexual e reprodutiva das mulheres, além de acarretar custos sociais e econômicos elevados. Entre esses efeitos, destacam-se gestações indesejadas, abortos induzidos, problemas ginecológicos e infecções sexualmente transmissíveis, como o HIV (WHO, 2018).

Do ponto de vista legal, é essencial que os profissionais de saúde que atendem vítimas de violência conheçam a Lei nº 11.340/2006, considerada uma das três melhores legislações do mundo no enfrentamento à violência de gênero. Essa lei visa prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher. Além disso, os profissionais devem estar cientes das redes de enfrentamento, dos serviços disponíveis em seus municípios e dos Códigos de Ética que regulam sua conduta frente a essas situações (Brasil, 2006).

O atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica continua sendo um grande desafio para as unidades de saúde. Os profissionais de saúde, especialmente as enfermeiras, precisam ampliar sua compreensão sobre esse grave problema de saúde pública, adotando uma abordagem interdisciplinar e intersetorial, de forma a atender de maneira mais humanizada, qualificada e equânime às necessidades dessas mulheres (Silva; Ribeiro, 2020).

Por fim, o impacto da violência de gênero na saúde física e emocional da mãe pode levar ao uso de medicamentos para tratar condições como depressão e ansiedade, que podem ser contraindicados durante a amamentação. Silva e Ribeiro (2020) destacam que mulheres expostas à violência de gênero frequentemente desenvolvem quadros de sofrimento psíquico que requerem tratamento medicamentoso, o que pode resultar na interrupção da amamentação. A combinação desses fatores cria um cenário complexo, no qual a violência doméstica contribui diretamente para o desmame precoce e prejudica o desenvolvimento infantil.

Em resumo, a violência contra a mulher configura-se como um fator significativo para o desmame precoce, uma vez que compromete a saúde física e emocional da mãe e interfere na criação de um ambiente propício ao aleitamento. Combater a violência doméstica e oferecer suporte adequado às mães são medidas essenciais para garantir a continuidade do aleitamento materno, promovendo a saúde e o bem-estar tanto das mulheres quanto de seus filhos.

METODOLOGIA

1.9 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva busca aprofundar o entendimento sobre um fenômeno, com o objetivo de identificar as características de uma população ou acontecimento, bem como as relações existentes entre as variáveis. Esse tipo de pesquisa analisa, classifica e interpreta os fenômenos observados. Na pesquisa descritiva, o foco recai sobre o processo e seu significado, sendo a interpretação do fenômeno o principal objetivo (Rodrigues; Oliveira; Santos, 2021). Por essa razão, ela exige do pesquisador conhecimento prévio sobre o objeto investigado, além de uma delimitação precisa de técnicas, métodos e teorias que orientarão a coleta e a interpretação dos dados (Gil, 2022; Cordeiro *et al.*, 2023).

O estudo exploratório tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com um fenômeno sobre o qual se deseja obter informações adicionais. Esse tipo de pesquisa aprofunda os conhecimentos e características do objeto de estudo, buscando compreender suas causas e consequências. Dessa forma, contribui para a formulação de hipóteses e a definição de variáveis relevantes a um problema de pesquisa (Gil, 2022). Segundo Minayo (2017), a fase exploratória é tão relevante que, por si só, pode ser considerada uma etapa independente da pesquisa. Ela abrange a escolha do tópico de investigação, a delimitação do marco teórico-conceitual, a seleção dos instrumentos de coleta de dados e a exploração do campo.

As pesquisas qualitativas passaram a ser reconhecidas como metodologicamente adequadas às ciências sociais apenas a partir da década de 1970, sendo valorizadas por possibilitarem a obtenção de resultados que não eram alcançados por meio de abordagens quantitativas. O principal diferencial da pesquisa qualitativa em relação à quantitativa reside em seu enfoque interpretativista, por meio do qual o mundo e a sociedade passam a ser compreendidos sob a perspectiva daqueles que os vivenciam. Assim, o objeto de estudo é concebido como uma construção social baseada nas experiências dos sujeitos (Guerra *et al.*, 2024; Mineiro; Silva; Ferreira, 2022).

Nas pesquisas qualitativas, os resultados são geralmente apresentados por meio de transcrições verbais, relatos e interpretações descritivas. Diferentemente das abordagens quantitativas, que incluem métodos como ensaio clínico, pesquisa experimental, estudo de coorte, estudo caso-controle e levantamento (Gil, 2022), a pesquisa qualitativa prioriza a compreensão aprofundada do contexto e das experiências dos participantes.

1.10 CENÁRIO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada em três cenários vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS): o Centro Materno Infantil (CMI) e duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Teresópolis. Localizado no estado do Rio de Janeiro, o município possui 48 bairros, com 25 Unidades Básicas de Saúde e três Unidades de Atenção Secundária. A escolha desses três cenários teve como objetivo ampliar a população-alvo da investigação.

A primeira etapa da pesquisa ocorreu no Centro Materno Infantil (CMI), denominado "cenário 1", por se tratar de uma unidade de referência no acompanhamento materno-infantil no município. A unidade realiza, em média, 230 atendimentos mensais de puericultura (crianças de 0 a 2 anos). As consultas são realizadas de segunda a sexta-feira, das 7h às 18h, com exceção das quintas-feiras, quando ocorrem apenas no período da manhã.

Nesse cenário, também são oferecidas consultas de pré-natal de risco habitual e de alto risco, bem como orientações, apoio e incentivo ao aleitamento materno. Além disso, são realizados os testes do pezinho, da orelhinha e da linguinha, assim como consultas pediátricas (para crianças de 2 a 12 anos), endocrinologia infantil, cirurgia infantil, nefrologia infantil e infectologia infantil.

Devido ao fato de a maioria das mulheres estarem em aleitamento materno exclusivo durante o período de coleta de dados, houve dificuldade em recrutar um número suficiente de participantes que atendessem aos critérios da pesquisa qualitativa. Nos três primeiros meses de coleta, foram abordadas 36 mulheres nas salas de espera dos consultórios; contudo, à época, apenas três atenderam os critérios de inclusão estabelecidos.

Diante dessa situação, por meio do contato telefônico ou email com as demais 25 unidades de saúde do município, buscou-se ampliar a população-alvo. No entanto, apenas duas aceitaram participar prontamente. As justificativas para o não aceite das unidades foram o fato de as mulheres estarem em período de aleitamento materno exclusivo, além de questões administrativas e a redefinição dos dias e horários das consultas.

A Unidade Básica de Saúde localizada no bairro do Alto, também em Teresópolis, foi definida como o "cenário 2" da pesquisa. Essa unidade conta com uma equipe multiprofissional composta por enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e médicos. Os atendimentos de puericultura ocorrem às quartas-feiras, nos turnos da manhã e da tarde. Além disso, são ofertadas consultas de pré-natal de risco habitual, consultas pediátricas (crianças de 2 a 12

anos), planejamento familiar, atendimento ginecológico e de enfermagem, grupos de hiperdia, visitas domiciliares, vacinação e atendimento odontológico.

O “cenário 3” corresponde à Unidade Básica de Saúde localizada no bairro da Granja Florestal, também no município de Teresópolis. Essa unidade conta com uma equipe formada por enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos. Os atendimentos de puericultura eram realizados às segundas-feiras no período da tarde. Também são ofertadas consultas de pré-natal de risco habitual, consultas pediátricas (crianças de 2 a 12 anos), planejamento familiar, coleta de exame citopatológico do colo do útero, atendimento de enfermagem, grupos de hiperdia, visitas domiciliares e vacinação.

1.11 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram abordadas 45 mulheres, maiores de 18 anos, que acompanhavam seus filhos, com idades entre 6 e 23 meses e 29 dias, com o objetivo de participarem da pesquisa. Desse total, 33 não preencheram os critérios de inclusão. Assim, participaram 12 mulheres que se enquadraram nos critérios de elegibilidade. Dentre elas, 3 (três) compuseram o “cenário 1”, 7 (sete) o “cenário 2” e 2 (duas) o “cenário 3”.

1.12 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram: mulheres que acompanhavam seus filhos em consultas de puericultura, que haviam desmamado antes do 6º mês de vida e que se encontravam em boas condições físicas e psicológicas para participar voluntariamente da pesquisa.

Foram excluídas da pesquisa as participantes com contraindicação formal para a amamentação (HIV ou HTLV positivos), as mulheres adotantes ou que possuíssem filhos gêmeos.

1.13 COLETA DE DADOS

A captação da população-alvo foi realizada por meio de uma abordagem cordial junto às mulheres, nas salas de espera dos consultórios de puericultura das unidades de saúde. Nesse espaço, eram feitos questionamentos iniciais com o intuito de verificar se atendiam aos critérios de inclusão. Em seguida, as mulheres que se enquadravam eram convidadas a participar da pesquisa, de forma voluntária.

A partir desse momento, as participantes eram conduzidas a uma sala privativa da unidade de saúde, cedida pela enfermeira, de modo a garantir segurança e privacidade, permitindo que compartilhassem suas vivências sem receios ou interrupções. O tempo médio de duração de cada entrevista, incluindo a gravação, foi de 40 minutos.

Em seguida, foram apresentados os objetivos, os procedimentos metodológicos e demais informações relevantes sobre a pesquisa. Após o aceite, as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Também foi esclarecido que a recusa em participar não acarretaria qualquer prejuízo.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a maio de 2024, conduzida pela pesquisadora principal do estudo, enfermeira e mestranda do curso de Pós-Graduação em Enfermagem. A entrevistadora foi devidamente treinada por sua orientadora, doutora em Saúde da Mulher. O número de participantes foi determinado com base no princípio da saturação de dados, o qual é alcançado quando os relatos das participantes deixam de apresentar novas informações relevantes.

A técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista única, individual e semiestruturada, composta por perguntas abertas e fechadas. Foi adotado um roteiro com o objetivo de orientar a condução da entrevista, abordando questões específicas sobre o tema e proporcionando espaço para que as participantes se expressassem livremente. O formato semiestruturado também permitiu que a pesquisadora introduzisse novas perguntas sempre que necessário, com a finalidade de aprofundar os aspectos relevantes à pesquisa.

O roteiro de entrevista foi dividido em três partes (Apêndice B). A primeira abordou aspectos socioeconômicos e sociodemográficos, com o objetivo de identificar o perfil social, econômico e demográfico das participantes. Na segunda parte, foram discutidos os aspectos sexuais e reprodutivos, de maneira respeitosa e positiva, promovendo uma abordagem sensível sobre sexualidade. Por fim, a terceira parte tratou do desmame precoce, buscando identificar os fatores que influenciaram a interrupção do aleitamento materno.

As entrevistas foram gravadas em um iPhone 13 e, em seguida, transcritas integralmente em formato digital utilizando o software Microsoft Word, versão 2016, com fonte Times New Roman, tamanho 12 e espaçamento entre linhas de 1,5. Esse processo permitiu a organização sistemática dos dados e a preservação integral dos relatos para posterior análise dos discursos.

A transcrição das entrevistas revelou-se uma atividade exaustiva e sensível, uma vez que evidenciou as dificuldades, medos e angústias vivenciadas pelas mulheres durante o período de aleitamento materno e no processo de maternar. Em determinados momentos, foi

necessário interromper a entrevista para que a participante pudesse se recompor após episódios de emoção, retomando posteriormente os questionamentos.

Durante a realização das entrevistas, algumas dificuldades foram observadas devido à presença dos filhos das participantes. Em diversos momentos, o choro, a fome e a inquietação das crianças provocavam interrupções temporárias. Assim que os pequenos se acalmavam, a entrevista era retomada.

Em algumas situações, as participantes deixavam os bebês sob os cuidados das acompanhantes, que eram, na maioria das vezes, suas mães ou irmãs, para que pudessem participar da entrevista. No entanto, ao ouvirem o choro das crianças, demonstravam sinais de inquietação. Nessas ocasiões, a entrevista era interrompida para que pudessem atender os filhos e, em seguida, era retomada.

Por fim, em algumas entrevistas foram identificados casos de violência contra a mulher. O resgate de experiências marcadas por medo, angústia e insegurança nos relacionamentos afetivos levou algumas participantes a apresentarem voz embargada, choro e expressões de sofrimento. Nessas ocasiões, o gravador foi desligado e as participantes foram acolhidas. Após serem confortadas, foi-lhes perguntado se desejavam prosseguir com a entrevista, ao que todas responderam afirmativamente.

Essas participantes foram orientadas a buscar redes de apoio, como familiares e amigos, capazes de oferecer suporte emocional e acolhimento em situações de risco à sua integridade e à de seus filhos. Também foram informadas sobre a Lei Maria da Penha e sobre os serviços disponíveis no município, como a Sala Lilás, os Centros de Apoio às Mulheres em Situação de Violência e a Central de Atendimento à Mulher (180). Cabe ressaltar que algumas já haviam formalizado denúncia contra o agressor e possuíam medidas protetivas.

As gravações e transcrições serão armazenadas por 5 anos sob a responsabilidade da pesquisadora. Após esse período, os documentos serão incinerados e os arquivos de áudio excluídos. Além disso, a entrevistadora utilizou um diário de campo para registrar aspectos não captados pelo gravador, como gestos e expressões faciais.

Durante a coleta de dados, buscou-se assegurar a proteção da privacidade e da identidade das participantes, garantindo-lhes maior segurança por meio do anonimato. Uma das principais preocupações da pesquisadora foi compreender as vivências individuais e respeitar suas singularidades, assegurando uma participação voluntária, com a liberdade de desistência a qualquer momento.

1.14 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Em conformidade com a Resolução nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos, a Carta de Anuência foi assinada pela instituição participante. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), que emitiu parecer favorável sob o protocolo CAAE nº 76499923.5.0000.5285, com aprovação registrada no número 6.580.027 (Anexo 1), em 14 de dezembro de 2023. O projeto também foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis para ciência e autorização do início da coleta de dados.

A pesquisa respeitou os princípios bioéticos da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade em relação às participantes. Foi assegurado que os dados coletados em seus depoimentos seriam utilizados exclusivamente para fins científicos, incluindo a divulgação em eventos acadêmicos e periódicos especializados.

A privacidade e o sigilo das identidades das participantes foram prioridades durante toda a interação metodológica, visando garantir a confiança e promover um ambiente acolhedor e seguro. Esse cuidado permitiu que as participantes compartilhassem suas vivências de forma livre durante as entrevistas. Para preservar a identidade de cada uma, os textos produzidos receberam códigos de identificação alfanuméricos, formados pela letra E (de Entrevista) seguida de um número correspondente à ordem cronológica de realização (E1 a E12).

1.15 PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi conduzida por meio da abordagem empírica, utilizando a técnica de análise temática, pertencente ao conjunto das metodologias de análise de conteúdo. Para este estudo, optou-se pela aplicação das etapas propostas por Bardin (2016), organizadas em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A inferência estatística, usual em outras abordagens, foi substituída pela identificação de unidades temáticas.

O objetivo central dessa abordagem é identificar e compreender os núcleos de sentido presentes na comunicação das participantes. A relevância desses núcleos foi definida com base no objetivo analítico previamente estabelecido para a pesquisa (Bardin, 2016).

A pré-análise corresponde à fase de organização e sistematização das ideias iniciais. Embora seja um momento de aproximação intuitiva com o material, deve ser conduzida de

forma criteriosa, pois fundamenta as etapas seguintes. Essa fase compreende três objetivos principais: a seleção dos documentos que integrarão a análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos do estudo e a definição dos indicadores que embasarão a interpretação final. É nesse momento que o pesquisador começa a estruturar o material para torná-lo efetivamente útil à investigação (Bardin, 2016).

Antes da análise propriamente dita, as entrevistas gravadas foram transcritas integralmente e as gravações arquivadas, permitindo a estruturação de ideias em consonância com os objetivos da pesquisa. Cada entrevista foi tratada como um texto individual e numerada conforme a ordem cronológica de realização, a fim de facilitar a organização e a construção das categorias de análise. Essa sistematização contribuiu para a identificação de padrões e temas recorrentes nos relatos.

No processo de preparação dos dados brutos, todas as entrevistas transcritas foram minuciosamente revisadas. Nessa etapa, houve uma imersão teórica e uma análise aprofundada dos discursos dos participantes, com o propósito de estabelecer as unidades de registro. Esse momento representa uma fase analítica da análise dos dados, compreendida por Bardin (2016), como “a organização dos dados que consiste em tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, chamada de leitura flutuante”, a qual objetiva identificar o *corpus* da pesquisa.

Finda a primeira fase, inicia-se a seguinte, referente à exploração do material, baseada na aplicação sistemática das decisões tomadas na fase anterior. Nessa fase, ocorrem as operações de codificação, decomposição e enumeração. Bardin (2016) define codificação como a transformação das informações textuais por meio de recorte, agrupamento e quantificação, com o objetivo de alcançar uma representação mais precisa do conteúdo analisado.

A análise por categorias teve início com a interpretação das entrevistas, identificando elementos recorrentes que foram classificados com base em semelhanças, originando os agrupamentos temáticos que compuseram as categorias analíticas (Bardin, 2016). Paralelamente, foi utilizada a técnica de marcação das unidades de significação por meio da ferramenta de realce de cor no software Microsoft Word, versão 2016.

A etapa final corresponde ao tratamento dos resultados e à interpretação, com base em uma análise crítica e reflexiva. Essa fase, voltada à atribuição de significado às mensagens, possibilita a elaboração de gráficos, figuras e tabelas que condensam as informações mais relevantes. O tratamento dos dados visa organizar e interpretar os conteúdos obtidos ao longo da pesquisa (Rodrigues; Oliveira; Santos, 2021).

A análise temática foi uma das técnicas utilizadas para a categorização dos dados, por meio da identificação e quantificação de temas expressos em palavras ou frases que constituíam as unidades de registro (Bardin, 2016). Após essa etapa, foram elaboradas tabelas no software Microsoft Excel, com o objetivo de organizar os agrupamentos temáticos e suas respectivas unidades de registro. Todo o processo foi conduzido pela pesquisadora principal, com acompanhamento da orientadora do estudo.

Após a etapa de codificação, foi realizada uma releitura do material, resultando na identificação de quatro agrupamentos, os quais foram denominados eixos temáticos. Esses eixos estão apresentados no quadro 2, a seguir:

Quadro 2 - Agrupamento de unidades temáticas em eixos temáticos

Eixo temático 1: Vivências no processo do aleitamento materno
UR: Situação clínica; Rede de apoio; Conhecimentos; Sentimentos
Unidades Temáticas
Internação do bebê após o nascimento (baixo peso ao nascer)
Introdução de bicos artificiais (mamadeira)
Introdução de complemento / fórmula
Prematuridade
Língua presa
Mamilo invertido
Uso de sonda nasoenteral para alimentação
Excesso de trabalho doméstico
Problemas afetivos com familiares
Sobrecarga pelo cuidado dos outros filhos
Excesso de trabalho com familiares doentes
Baixa produção de leite materno
Retorno ao trabalho
Sofrimento da mulher pela dificuldade de amamentar
Realização pessoal ao amamentar
Feliz e realizada ao amamentar
Tristeza ao amamentar
Não possuía o desejo de amamentar
Sonho de amamentar
Orientações pela enfermeira durante o pré-natal
Auxílio da enfermeira no aleitamento materno no pós-parto
Não receber orientações sobre aleitamento materno no pré-natal
Não receber orientações sobre amamentação durante a internação do bebê
Apoio das pessoas do trabalho
Apoio dos familiares
Falta de apoio dos familiares

Apoio do pai da criança
Falta de apoio do pai da criança
Apoio de filhos maiores nos cuidados com o bebê
Apoio dos filhos maiores na parte financeira
Apoio da mãe
Apoio do parceiro íntimo
Falta de apoio do parceiro íntimo
Apoio de profissionais de saúde na promoção do aleitamento materno
Falta de apoio de profissionais de saúde na promoção do aleitamento materno
Parceiro íntimo a favor do aleitamento materno
Eixo temático 2: Vivências na gestação
UR: Fatores biológicos; Conduta do profissional
Unidades temáticas
Parto prematuro ocasionado por violência sexual por parceiro íntimo
Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG)
Ruptura prematura de membranas
CIUR (Crescimento intra-uterino restrito)
Cesárea de emergência
Pré-eclâmpsia
Conduta dos profissionais em relação aos protocolos no pré-natal
Assistência pré-natal na rede privada
Eixo temático 3: Vivências familiares
UR: Violência doméstica e intrafamiliar
Unidades temáticas
Vivência de violência física perpetrada pela mãe
Vivência de violência psicológica perpetrada pela mãe
Vivência de automutilação não suicida devido à conflitos familiares
Ameaça de violência física perpetrada pela irmã
Violência psicológica perpetrada pela irmã
Violência física perpetrada pela madrasta
Violência psicológica perpetrada pela madrasta
Violência psicológica perpetrada pelo padrasto
Violência patrimonial perpetrada pelo padrasto
Aumento da violência por uso da bebida alcoólica por padrasto
Estupro na infância perpetrado pelo tio
Ameaça de retirada da guarda da filha em caso de denúncia pelo parceiro íntimo
Ameaças da avó do parceiro íntimo
Bom relacionamento com familiares
Eixo temático 4: Vivências com o parceiro íntimo
UR: Vivências antes da gravidez, gravidez e pós-nascimento
Unidades Temáticas
Gestação desejada

Gestação não desejada
Gestação planejada
Gestação não planejada
Gestação sem intercorrências
Não se relacionar com o pai do bebê
Relacionamento ruim com o parceiro íntimo
Bom relacionamento com o parceiro íntimo
Parceiro íntimo presente e participativo
Relacionamento melhorou após o nascimento do bebê
Parceiro auxiliou a mulher durante o ingurgitamento mamário
Violência doméstica pelo ex-parceiro íntimo
Violência doméstica pelo parceiro íntimo
Violência psicológica pelo ex-parceiro íntimo
Violência sexual por ex-parceiro íntimo
Violência sexual por parceiro íntimo
Parceiro íntimo com varicela forçou a mulher grávida a ter relações sexuais
Violência física por ex-parceiro íntimo
Violência física por parceiro íntimo
Violência moral pela ex-parceiro íntimo
Violência patrimonial pelo parceiro íntimo
Agressões verbais pelo ex-parceiro íntimo
Ameaça por parceiro íntimo
Perseguição por parceiro íntimo
Medida protetiva pelo parceiro íntimo
Boletim de ocorrência pelo parceiro íntimo
Boletim de ocorrência pelo ex-parceiro íntimo
Morte do ex-parceiro agressor
Controle dos atos da mulher por ex-parceiro íntimo
Xingamentos por parceiro íntimo
Xingamentos por ex-parceiro íntimo
Aumento da violência por uso da bebida alcoólica por parceiro íntimo
Aumento da violência pelo uso de drogas ilícitas por ex-parceiro íntimo
Sentimento de posse do corpo da mulher pelo parceiro íntimo
Ex-parceiro íntimo impede o uso do preservativo
Sífilis transmitida pelo ex-parceiro íntimo
Dificuldade em confiar novamente em parceiros
Dificuldade em se relacionar novamente com outras pessoas
Baixa autoestima
Medo
Depressão

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

A partir da leitura do quadro 2, foram identificadas 99 unidades temáticas, todas relacionadas ao eixo temático intitulado "Vivências". Com base nesse eixo, foi realizada uma nova leitura das unidades temáticas, que posteriormente passaram por um processo de recodificação.

Nessa fase, os pontos de convergência identificados deram origem à categoria "Vivências das mulheres que desmamaram precocemente", subdividida em duas subcategorias: 1.1 Fatores biológicos e sociais que contribuíram para o desmame precoce; e 1.2 Vivências familiares que contribuíram para o desmame precoce.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo aborda o resultado da investigação sobre a vivência de doze mulheres que desmamaram precocemente no município de Teresópolis. Primeiramente, discutiremos o perfil sociodemográfico, as características da saúde sexual e reprodutiva das participantes e por fim, aspectos relacionados ao desmame precoce. A seguir, a discussão dos resultados, considerando o objeto e os objetivos do estudo.

1.16 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS MULHERES

Para demonstrar de forma didática os resultados obtidos por meio das entrevistas, foi desenvolvido o quadro 3 com as informações sobre o perfil sociodemográfico das mulheres entrevistadas.

Quadro 3 - Perfil sociodemográfico das mulheres entrevistadas.

Pseudônimo	Idade	Escolaridade	Cor autoidentificada	Ocupação	Renda mensal familiar	Religião	Situação conjugal
E1	33 anos	Ensino Superior Completo	Branca	Vendedora	4 salários mínimos	Católica	Solteira
E2	27 anos	Ensino Fundamental completo	Preta	Do lar	Menos de 1 salário mínimo	Sem religião	Solteira
E3	24 anos	Ensino Médio completo	Petra	Manicure	2 salários mínimos	Evangélica	União estável
E4	28 anos	Ensino Superior completo	Branca	Atendente de Ótica	4 salários mínimos	Evangélica	União estável
E5	19 anos	Ensino Fundamental completo	Preta	Do lar	Menos de 1 salário mínimo	Sem religião	União estável
E6	31 anos	Ensino Médio completo	Branca	Do lar	1 salário mínimo	Católica	Solteira
E7	35 anos	Ensino Superior Completo	Branca	Do lar	10 salários mínimos	Católica	Casada
E8	25 anos	Ensino Médio Completo	Parda	Manicure	2 salários mínimos	Evangélica	Casada
E9	25 anos	Ensino Médio Completo	Branca	Doula	1 salário mínimo e meio	Católica	União estável
E10	29 anos	Ensino Médio Completo	Parda	Auxiliar de escritório	2 salários mínimos	Sem religião	União estável
E11	35 anos	Ensino Fundamental Completo	Parda	Auxiliar de serviços gerais	2 salários mínimos	Católica	Solteira
E12	35 anos	Ensino Médio Completo	Branca	Agente comunitária	1 salário mínimo	Umbandista	Divorciada

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

De acordo com os resultados apresentados no quadro 3, foram entrevistadas 12 mulheres que acompanhavam seus filhos, com idades entre seis e 23 meses, em consultas de puericultura,

e que haviam desmamado seus filhos antes do sexto mês de vida. As participantes tinham entre 19 e 35 anos de idade. Em relação à cor da pele autoidentificada, seis se declararam brancas, três se declararam pretas e três se declararam pardas. Quanto à orientação sexual, todas afirmaram serem heterossexuais.

Das 12 participantes, constatou-se que a faixa etária variou de 19 a 35 anos, com média de 28,9 anos. Segundo o Estatuto da Juventude (2013), sete delas são consideradas jovens, por estarem na faixa etária de 15 a 29 anos. As demais (cinco) são classificadas como adultas.

Essas características sociodemográficas estão em consonância com os achados de Pereira *et al.* (2022), que apontam a idade materna como um fator de risco para o desmame precoce. Segundo o autor, a maior incidência desse fenômeno ocorre entre mulheres jovens, o que pode estar relacionado à menor experiência, dúvidas e anseios em relação à amamentação, ao fato de muitas serem primigestas, terem vivenciado uma gestação não planejada e não se sentirem preparadas para assumir as responsabilidades do cuidado infantil.

Em contrapartida, outros estudos (Leão *et al.*, 2022; Gonçalves *et al.*, 2022) demonstraram que a idade materna não constitui um fator de proteção contra o desmame precoce, além de não apresentarem correlação significativa entre o tempo de aleitamento materno exclusivo e essa variável.

Quanto à cor da pele autoidentificada, seis participantes declararam-se brancas, três pardas e três pretas. Conforme a classificação adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), as categorias de cor ou raça incluem branca, preta, amarela, parda e indígena, sendo que o conjunto formado por pessoas pretas e pardas constitui a população negra.

No presente estudo, não foi identificada associação entre a cor da pele e o desmame precoce. Contudo, um estudo nacional realizado com lactentes de até 30 dias de vida e suas mães evidenciou que mulheres autodeclaradas de cor não branca apresentam maior predisposição à interrupção do aleitamento materno exclusivo, em comparação às mães brancas (Gonçalves *et al.*, 2022). Corroborando esse achado, Macedo (2022) destaca que a etnia afrodescendente constitui um fator associado ao desmame precoce.

Esse achado pode estar relacionado às desigualdades econômicas, sociais e raciais vivenciadas pelas mulheres negras no Brasil. Tais desigualdades as inserem em contextos de vulnerabilidade que comprometem o cuidado materno, inclusive a capacidade de amamentar seus próprios filhos. Condições como baixa renda, baixa escolaridade, ausência de rede de apoio, retorno precoce ao trabalho e a maternidade solo configuram determinantes que dificultam o exercício pleno da amamentação (Pereira *et al*., 2024).

No que se refere à amamentação, estudo conduzido por Valente (2024) não identificou diferenças significativas nas prevalências de aleitamento materno exclusivo (AME) durante os primeiros seis meses de vida. Por outro lado, observou-se maior oferta de alimentos ultraprocessados às crianças filhas de mulheres negras, em comparação àquelas cujas mães se autodeclararam brancas. Esse achado corrobora os resultados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI, 2021), o qual demonstrou que, embora o aleitamento materno apresente maior prevalência entre crianças negras, essas são expostas mais precocemente a alimentos inadequados, o que pode contribuir para o desmame precoce.

O maior consumo de alimentos ultraprocessados entre filhos de mulheres negras pode ser explicado por diversos fatores estruturais, como o ambiente alimentar em que vivem, caracterizado pela predominância desses produtos e pelo seu baixo custo. Além disso, a falta de acesso a informações e orientações adequadas sobre alimentação infantil contribui para esse cenário. Soma-se a isso a dificuldade de acesso a alimentos in natura e minimamente processados, seja em razão dos preços elevados ou da escassa disponibilidade, o que favorece o consumo de produtos ultraprocessados, especialmente em contextos de vulnerabilidade social (Valente, 2024).

Quanto à religião, a maioria das participantes (nove) declarou professar alguma crença. Dentre elas, cinco afirmaram ser católicas, três evangélicas e uma umbandista. As outras três participantes informaram não possuir religião. Esses dados estão alinhados com o atual cenário religioso brasileiro, caracterizado por um processo de transição iniciado no final do século XX. Segundo o Censo Demográfico do IBGE (2022), a população católica corresponde a 64,4%, enquanto os evangélicos representam 22,2%. Os adeptos das religiões de matriz africana, como umbanda e candomblé, somam cerca de 2%, e o grupo que se declara sem religião corresponde a 8% da população.

Em relação à situação conjugal, a maioria das participantes (sete) eram casadas ou viviam em união estável, o que, segundo a literatura, costuma ser considerado um fator de proteção ao aleitamento materno. Mulheres que mantêm uma relação estável, convivem com os companheiros e recebem seu apoio e incentivo tendem a amamentar por mais tempo em comparação às solteiras (Santos *et al.*, 2022). Esses achados são corroborados por Cavalcanti, Silva e Nascimento (2021), que identificaram menor prevalência de aleitamento materno exclusivo entre mulheres solteiras. Contudo, no presente estudo, não se observou associação entre a situação conjugal e o desmame precoce, sendo que, paradoxalmente, essa variável se comportou como um fator de risco para o desmame precoce.

Quanto ao local de residência, todas as participantes moravam no estado do Rio de Janeiro, sendo 12 residentes no município de Teresópolis, distribuídas pelos seguintes bairros: uma em Três Córregos, uma em Corta Vento, uma em Barroso, uma em Fonte Santa, uma em Vargem Grande, duas no Alto, uma em Carlos Guinle, uma no Morro do Tiro, uma no Soberbo e duas na Granja Florestal. O número de pessoas por domicílio variou de uma a quatro.

Quanto à composição familiar, sete participantes residem com o parceiro e o(s) filho(s), três vivem apenas com o(s) filho(s) e duas moram com a mãe e o(s) filho(s). No que se refere à escolaridade, a maioria (seis) possuía ensino médio completo, três tinham ensino fundamental completo e as demais (três) ensino superior completo.

Estudos apontam que a escolaridade materna influencia diretamente na manutenção do AME (Gomes *et al.*, 2024; Mendes *et al.*, 2024; Santos *et al.*, 2021). Mulheres com baixa escolaridade tendem a ter menor acesso à informação, desconhecem os benefícios do leite materno para si e para o bebê e, consequentemente, apresentam maior probabilidade de desmame precoce. Assim, a escolaridade materna é considerada um fator de proteção ao AME, sendo que mães com ensino superior têm 4,82 vezes mais chances de amamentar exclusivamente seus filhos até o sexto mês de vida (Gomes *et al.*, 2024).

Em relação à ocupação profissional, a maioria das participantes (oito) declarou exercer alguma atividade remunerada. Dentre elas, uma é vendedora, uma é atendente de ótica, uma atua como doula, duas trabalham como manicures, uma é auxiliar de escritório, uma é auxiliar de serviços gerais e uma é técnica em agente comunitária. As demais quatro não possuem ocupação formal e duas recebem o benefício do Programa Bolsa Família. À época da pesquisa, o valor mínimo repassado pelo programa era de R$ 600,00, com adicionais de R$ 150,00 por criança de até seis anos e R$ 50,00 extras para gestantes, crianças e adolescentes entre sete e 18 anos. Para as participantes com ocupação formal, a renda variou entre um e dez salários mínimos.[1]

Ao analisar a renda familiar mensal[2] das entrevistadas, observou-se a seguinte distribuição: duas possuem renda inferior a um salário mínimo, sete têm renda entre um e dois salários mínimos, uma declarou renda de quatro salários mínimos e uma possui renda superior a dez salários mínimos. Constatou-se que a maioria das participantes (nove) vive ou sobrevive com até dois salários mínimos, sendo, portanto, classificadas como de baixa renda. Segundo o

[1] Salário mínimo vigente no Brasil em 2024 era de R$ 1.412,00.
[2] Renda mensal familiar é composta por todos os membros da família que exercem atividade laborais.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), considera-se de baixa renda a família cuja renda mensal per capita é inferior a um quarto do salário mínimo vigente.

Esses achados estão em consonância com um estudo observacional longitudinal realizado com 98 mães de recém-nascidos a termo, em um hospital de Minas Gerais. O estudo concluiu que famílias de menor renda, com até um salário mínimo, apresentaram 2,54 vezes mais chances de iniciar a introdução alimentar antes do sexto mês de vida, em comparação às famílias com maior renda (Gomes *et al.*, 2024).

Outro estudo reforça a gravidade dessa situação ao evidenciar que famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), caracterizadas por menor renda familiar per capita, apresentam maior probabilidade de interromper precocemente o aleitamento materno exclusivo. Tal resultado destaca a importância de considerar o nível socioeconômico como fator de risco para o desmame precoce (Codignole, 2021).

1.16.1 Características da saúde sexual e reprodutiva

O quadro 4 a seguir apresenta as características da saúde sexual e reprodutiva das mulheres entrevistadas, obtidas por meio das entrevistas.

Quadro 4 - Características da saúde sexual e reprodutiva das mulheres entrevistadas. Teresópolis/RJ entre jan.-maio de 2024.

Pseudônimo	Paridade	Sexarca	Nº de consultas de pré-natal	Contracepção	IST	Orientação sobre aleitamento materno	Última gravidez planejada
E1	GIVPIIIAI	14 anos	12 consultas	Laqueadura	sífilis	Sim	Não
E2	GIIIPIIIAO	15 anos	09 consultas	Laqueadura	Não	Sim	Não
E3	GIPIAO	14 anos	Entre 8 e 9 consultas	Camisinha	Não	Sim	Não
E4	GIPIAO	14 anos	Mais de 06 consultas	Anticoncepcional oral	Não	Não	Sim
E5	GIPIAO	09 anos	05 consultas	Injetável mensal	Não	Não	Não
E6	GIPIAO	18 anos	Mais de 06 consultas	Não	Não	Sim	Sim
E7	GIIIPIIAI	33 anos	12 consultas	Não	Não	Não	Sim
E8	GIPIAO	14 anos	Mais de 12 consultas	Injetável trimestral	Não	Sim	Não
E9	GIIPIIAO	20 anos	10 consultas	Não	Não	Sim	Sim
E10	GIIPIIAO	17 anos	Mais de 06 consultas	Não	Não	Não	Não
E11	GIPIAO	18 anos	Mais de 06 consultas	Não	Não	Sim	Sim
E12	GIPIAO	17 anos	Mais de 06 consultas	Não	Não	Não	Não

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Quanto ao histórico sexual das participantes, a sexarca variou de 9 a 33 anos de idade. A maioria iniciou a vida sexual entre 14 e 18 anos, sendo que uma relatou a primeira relação sexual aos 9 anos, outra aos 20 e uma aos 33 anos. Esse dado demonstra que a maior parte das entrevistadas iniciou a vida sexual durante a adolescência, conforme definição do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), que considera adolescente a pessoa entre 12 e 18 anos de idade.

Uma das participantes relatou ter sido vítima de estupro cometido por um primo e um cunhado aos 9 anos de idade. O abuso sexual infantil constitui uma grave violação dos direitos humanos, com impactos duradouros no desenvolvimento físico, emocional, psicológico e social (Neto; Rezende; Carvalho, 2021). No Brasil, a criação do ECA, em 1990, representou um importante marco no enfrentamento dessa violação.

Em relação à gestação, a maioria (sete) informou que a última gravidez não foi planejada. Esse achado está alinhado ao relatório "O Estado da População Mundial 2022", publicado pela Organização das Nações Unidas (ONU), que aponta que metade das gestações no mundo, ou 121 milhões ao ano, não são planejadas. Essas gestações ocorrem em mulheres que não desejavam engravidar naquele momento, com aquele parceiro ou em tais circunstâncias. Quando a gestação não planejada é levada adiante, essa escolha pode afetar o vínculo materno e influenciar negativamente a prática da amamentação, o que pode repercutir em piores indicadores de saúde materno-infantil e em maior risco de desmame precoce (Silva *et al.*, 2024).

Rocha, Gomes e Rodrigues (2020) ressaltam que o fortalecimento das ações educativas no pré-natal de mulheres que vivenciam gestações não planejadas pode minimizar resultados desfavoráveis relacionados ao aleitamento materno, ao oferecer orientações sobre os benefícios, o manejo adequado e a importância do início precoce da amamentação.

No que se refere ao uso de métodos contraceptivos na primeira relação sexual, a maioria das participantes (oito) relatou ter utilizado algum método. Atualmente, seis afirmaram fazer uso de contracepção, sendo que uma utiliza pílula anticoncepcional, duas fazem uso do método injetável, uma opta pelo uso de preservativo e duas realizaram laqueadura. Por outro lado, seis participantes informaram não utilizar nenhum método contraceptivo, o que corresponde a 50% da amostra.

Quanto às infecções sexualmente transmissíveis (IST), 11 participantes afirmaram nunca ter contraído nenhuma IST, enquanto uma relatou ter sido diagnosticada com sífilis antes da gestação atual. Em relação à autonomia sobre a contracepção, nove participantes informaram

que nunca sofreram impedimento por parte dos parceiros quanto ao uso de métodos contraceptivos, porém três relataram que seus companheiros já as impediram de utilizar preservativos.

Esses achados estão em consonância com estudos que demonstram a relação entre violência sexual e a recusa dos parceiros em utilizar preservativos. Mulheres em situação de violência por parceiro íntimo (VPI) frequentemente enfrentam dificuldades para negociar o uso de métodos de proteção, uma vez que os papéis sociais e as desigualdades de gênero as colocam em situação de vulnerabilidade, privando-as, inclusive, do direito de decisão sobre práticas sexuais seguras. Nesses casos, os homens costumam se isentar das consequências de suas ações, como gestações indesejadas, abortos e transmissão de IST (Martins *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2022).

Quanto ao número de partos, a maioria das entrevistadas (sete) era primípara. Esse dado está de acordo com outros estudos (Alves *et al.*, 2024; Conceição *et al.*, 2023), que indicam que mulheres primíparas tendem a apresentar maior dificuldade no processo de amamentação no período pós-parto. Essa dificuldade está frequentemente relacionada à ausência de preparo adequado durante o pré-natal e à falta de intervenções precoces para o manejo da amamentação, o que contribui para o desmame precoce.

Em relação ao aborto, duas participantes relataram ter vivenciado episódios classificados como espontâneos. Nenhuma declarou ter realizado aborto induzido. Contudo, é importante considerar que, no Brasil, as restrições legais ao aborto, sobretudo quando realizado por profissionais não qualificados, levam muitas mulheres a omitirem informações sobre a prática, o que compromete sua saúde reprodutiva e contribui para que o aborto inseguro permaneça como a quarta principal causa de mortalidade materna (Brasil, 2022; Domingues *et al.*, 2020).

Outro ponto relevante observado foi o número de consultas de pré-natal: a maioria (11) das participantes informou ter realizado mais de seis consultas. Apesar disso, apenas sete relataram ter recebido informações sobre aleitamento materno durante o pré-natal, e todas desmamaram precocemente. Esses dados contrastam com outras pesquisas, que apontam que a assistência de enfermagem no pré-natal promove o aleitamento materno, ressaltando que o incentivo à amamentação deve iniciar-se ainda durante a gestação, por meio de estratégias educativas e de apoio, capazes de identificar e superar barreiras precoces à amamentação (Torres *et al.*, 2023; Holanda; Silva, 2022).

Palheta e Aguiar (2021) reforçam que as orientações e intervenções realizadas por enfermeiras durante o período gestacional e no puerpério contribuem para o fortalecimento de uma perspectiva positiva e informada sobre o aleitamento materno, impactando diretamente na decisão da mulher de amamentar e no tempo de manutenção do aleitamento. A atuação qualificada desses profissionais pode ser determinante entre o sucesso ou o insucesso na amamentação.

Dessa forma, os resultados revelam que as participantes deste estudo apresentam um perfil sociodemográfico caracterizado por idade entre 19 e 35 anos, seis se autodeclaram brancas, três se autodeclaram pretas e três se autodeclaram pardas, baixa renda, baixa escolaridade e inserção no mercado de trabalho em atividades do setor de serviços, geralmente com baixa qualificação e remuneração.

No que diz respeito aos aspectos sexuais e reprodutivos, a maioria das participantes iniciou a atividade sexual entre 14 e 18 anos de idade, relatou o uso de preservativo na primeira relação sexual, eram primíparas, não planejaram a última gestação, não referiram histórico de IST e realizaram mais de seis consultas de pré-natal.

1.17 VIVÊNCIAS DAS MULHERES QUE DESMAMARAM PRECOCEMENTE

Esta categoria aborda as vivências de mulheres que desmamaram precocemente no município de Teresópolis. Considerando que a mulher está inserida em um contexto que envolve relações interpessoais, fatores biológicos, sociais e familiares, assim como sua trajetória de vida, compreende-se que tais elementos podem influenciar diretamente o processo de aleitamento materno.

Inicialmente, a primeira subcategoria trata dos fatores biológicos e sociais que contribuíram para o desmame precoce. A segunda subcategoria explora o cotidiano das participantes com a família e o parceiro íntimo.

1.17.1 Fatores biológicos e sociais que contribuíram para o desmame precoce

Nesta subcategoria, discutem-se os fatores biológicos e sociais que repercutiram negativamente no processo de amamentação.

Os resultados apontaram a existência de múltiplos fatores que dificultaram a continuidade do aleitamento materno. Em relação às características anatômicas das mamas, duas participantes relataram possuir mamilos invertidos, conforme os depoimentos a seguir:

> Eu tenho bico invertido, ele sugava, sugava e não saia, e tinha leite, porque ficou inchado [os seios]. Foi muito sofrido, porque eu tentava e não conseguia (E4).
>
> Eu não tenho bico nenhum mesmo, totalmente invertido, aí ela [enfermeira] me orientou a puxar para poder estimular o bico para ele poder mamar, mas mesmo assim ele ainda pegou um pouco e depois largou o peito. Foi uma tristeza! (E1).

As falas das participantes evidenciam as dificuldades anatômicas nas mamas durante o período de lactação, além do sentimento de frustração por não conseguirem amamentar, situação que constitui um dos fatores associados ao desmame precoce.

Conforme discute Badinter (1985), os discursos contemporâneos sobre o aleitamento materno vinculam a amamentação à própria definição de ser mãe e, por consequência, de ser mulher. Dessa forma, a amamentação torna-se um ato socialmente condicionado, e a mulher que não corresponde a esse padrão social frequentemente sente-se frustrada e inferiorizada.

É importante ressaltar que as dificuldades anatômicas são concretas. Mamilos planos ou invertidos estão diretamente relacionados a complicações com a pega adequada, o que demanda o acompanhamento de profissionais de saúde para que a amamentação seja bem-sucedida (Bicalho *et al.*, 2021). Nesse sentido, Santos *et al.* (2024) também identificaram que esse tipo de anatomia mamilar está associado a maiores dificuldades na amamentação.

Diante dessa realidade, é fundamental que os profissionais de saúde estejam capacitados a orientar e apoiar as mulheres em casos de mamilos planos ou invertidos. Devem instruí-las quanto às estratégias para facilitar a pega do recém-nascido, incluindo o posicionamento correto do bebê, a estimulação de diferentes posições de amamentação e, quando necessário, a retirada de um pouco do leite para que a aréola fique mais macia antes de iniciar a mamada, favorecendo assim o sucesso do aleitamento (Brasil, 2021).

Em relação às condições de saúde dos recém-nascidos, uma das participantes relatou que seu bebê nasceu com uma anomalia congênita, conforme o depoimento a seguir:

> Ele já nasceu com a linguinha presa e isso já dificultou porque ele não pegou o peito no hospital, ai até cortar a linguinha ainda demora um tempo, mas mesmo assim eu ainda ficava insistindo, porque a sucção dele era muito boa (E1).

A narrativa apresentada demonstra que malformações congênitas podem comprometer o início do aleitamento materno. No caso de uma das participantes, o bebê foi diagnosticado com anquiloglossia ainda nos primeiros dias de vida. No entanto, o procedimento de frenectomia só foi realizado após 20 dias, período em que a introdução da fórmula infantil já havia ocorrido.

Estudos apontam que a anquiloglossia, conhecida popularmente como língua presa, é uma anomalia congênita caracterizada pelo encurtamento do frênulo lingual (Lima *et al.*, 2023; Goursand *et al.*, 2022). Essa condição prejudica o bebê ao dificultar os movimentos fisiológicos da língua, o que pode comprometer a pega correta da mama, provocar engasgos durante a amamentação, causar fissuras e dor nos mamilos e favorecer o baixo ganho de peso, fatores que contribuem significativamente para o desmame precoce.

O diagnóstico precoce e a realização da frenectomia são considerados determinantes para o adequado desenvolvimento e crescimento do recém-nascido, além de prevenirem o desmame precoce (Lima *et al.*, 2023).

Apesar da inexistência de critérios clínicos padronizados para o diagnóstico da anquiloglossia, a Nota Técnica nº 52/2023, do Ministério da Saúde (MS), recomenda que os profissionais da rede de atenção à saúde e das instituições de ensino superior sejam capacitados para a avaliação do frênulo lingual, utilizando o Protocolo Bristol, instrumento que possibilita avaliar a função do frênulo de forma sistematizada (Brasil, 2023).

No que se refere às intercorrências durante o parto e nascimento, que exigiram a internação dos recém-nascidos e o consequente afastamento do contato com as mães, três participantes relataram que o desmame precoce ocorreu após o período de internação do bebê, conforme os depoimentos apresentados a seguir:

> Eu tive pré-eclâmpsia e ela ficou 45 dias na UTI (E3).
>
> O David nasceu prematuro de 35 semanas, eu tive pré-eclâmpsia. Ele ficou internado, mas eu fiquei junto (E4).
>
> Ela nasceu prematura e não podia sair da incubadora porque ela não estava conseguindo respirar sozinha, ela estava usando sonda para alimentação também (E5).

Os relatos das participantes evidenciam que as intercorrências clínicas, especialmente a pré-eclâmpsia, resultaram na prematuridade neonatal. Essa condição pode acarretar complicações clínicas que exigem uma complexa adaptação dos recém-nascidos à vida extrauterina, gerando riscos ao desenvolvimento fisiológico e neurológico e tornando esse grupo mais vulnerável a desafios relacionados à nutrição adequada (Ferreira *et al.*, 2024).

Nessas situações, a oferta de leite materno aos recém-nascidos prematuros internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) requer o envolvimento de toda a equipe multiprofissional, que deve proporcionar uma rede de apoio integral às mães. Esse suporte é fundamental, considerando que o período de internação de prematuros está associado a níveis

mais elevados de estresse e de depressão pós-parto, quando comparado ao vivenciado por mães de bebês nascidos a termo (Silva *et al.*, 2021).

O aumento dos níveis de estresse nas lactantes pode interferir negativamente na amamentação, uma vez que favorece a liberação de catecolaminas, o que inibe a produção de ocitocina, hormônio responsável pela produção e ejeção do leite materno (Alves *et al.*, 2020).

Para que o aleitamento materno seja mantido em casos de prematuridade, é imprescindível que as mães recebam orientações adequadas dos profissionais de saúde, especialmente quanto às práticas corretas e seguras de extração e armazenamento do próprio leite nas UTIN, além do estímulo ao contato pele a pele e ao fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê. Tais medidas são essenciais para favorecer a continuidade do aleitamento e prevenir o desmame precoce (Figueiredo *et al.*, 2022).

Apesar de a prematuridade ser amplamente reconhecida como um fator de risco para o desmame precoce, neste estudo uma participante relatou que, mesmo após 45 dias de internação hospitalar de sua filha, conseguiu manter o aleitamento materno misto, conforme o depoimento a seguir:

> Ela ainda pega o peito, mas pega quando quer. É mais pra ela dormir, ai ela pega o peito e consegue mamar, mas ai não fica assim 01h, igual geralmente as crianças ficam, ela pega pouquinho tempo, mas ela pega mais mamadeira (E3).

Este depoimento revela que a internação do recém-nascido foi um fator que contribuiu para o desmame precoce. Nestes casos, não houve contato pele a pele imediatamente após o nascimento e tão pouco a primeira mamada, que poderiam favorecer a manutenção do AME até os seis meses de vida do recém-nascido. No entanto, outras entrevistadas que tiveram bebês a termo, relataram que não houve contato pele a pele mesmo a criança tendo nascido com boa vitalidade:

> Quando ele nasceu ele não veio direito para mim. Eu tive uma gestação tranquila e acho que nada impedia dele vir direto para o meu colo, porque ele nasceu bem, mas isso não aconteceu imediatamente (E11).

> Assim que ele nasceu, ele não veio direto para o meu colo. Primeiro pegaram ele, levaram para o berço e fizeram o peso, altura e só depois disso que ele veio até mim (E12).

Além disso, existem fatores econômicos e sociais, tais como a distância física entre a mãe e o bebê que certamente favoreceram o desmame precoce, de acordo com as falas a seguir:

> Eu morava em Teresópolis e minha bebê foi transferida e ficou 03 meses internada no hospital de Caxias. Foi muito difícil pois só conseguia vê-la uma vez por semana por não ter o dinheiro da passagem (E5).
>
> Ela ficou 45 dias na UTI e eu só conseguia dar de mamar pra ela três vezes só, porque não podia ficar no hospital e a visita era de 12h às 18h, então eram só três mamadas (E3).
>
> O David nasceu prematuro de 35 semanas, eu tive pré-eclâmpsia. Ele ficou internado três dias por conta do "amarelão", mas eu fiquei junto. As meninas [referindo-se aos profissionais de saúde] fizeram de tudo para eu conseguir amamentar, mas quando voltamos para casa eu desisti, porque era muito sofrimento (E4).

A falta de recursos econômicos para arcar com os deslocamentos até as unidades hospitalares pode comprometer o orçamento familiar, tanto pela redução dos rendimentos uma vez que, em alguns casos, é necessário o afastamento das atividades laborais para dedicar-se integralmente ao cuidado do recém-nascido hospitalizado, quanto pelo aumento das despesas associadas ao transporte e à permanência fora de casa. Essa situação gera preocupações adicionais aos pais, que já vivenciam sentimentos como inutilidade, medo, angústia, apreensão, ansiedade e culpa em decorrência da hospitalização do filho (Silva *et al.*, 2024; Pontes *et al.*, 2022; Rodrigues; Fernandes; Marques, 2020).

Na percepção de uma das participantes, a principal dificuldade para permanecer próxima à filha foi o custo elevado com transporte e alimentação fora do lar, o que resultou em insegurança financeira, aumento do estresse e preocupação entre os pais (Mengesha *et al.*, 2022; Stelwagen *et al.*, 2021). Destaca-se que essa participante não recebeu nenhum tipo de apoio ou auxílio financeiro para minimizar as despesas relacionadas ao deslocamento.

No que se refere ao retorno às atividades laborais, os resultados indicaram que sete entrevistadas identificaram o reingresso no mercado de trabalho como um fator que contribuiu para o desmame precoce, conforme será apresentado nos relatos a seguir:

> Foi o retorno para o trabalho, não tinha o que fazer, não tinha como levar ela para o trabalho pra amamentar. Tive que parar quando ela tinha um mês, mesmo achando importante (E6).
>
> Ele tomava fórmula e eu ofertava o peito, mas depois que eu voltei ao trabalho meu leite secou totalmente. Eu queria que ele continuasse, mas não teve jeito (E11).

Os relatos das participantes evidenciam que o desmame precoce ocorreu, em grande parte, devido à necessidade de retorno ao trabalho quando o bebê completou quatro meses de vida, ao término da licença maternidade. Em alguns casos, esse retorno ocorreu ainda antes,

considerando que parte das mulheres era autônoma, o que representa uma barreira significativa para a prática do aleitamento materno e favorece o desmame precoce.

No Brasil, a licença maternidade prevista na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) é de 120 dias. Esse período pode ser estendido para 180 dias, conforme a Lei nº 11.770/2008, desde que a empresa esteja vinculada ao Programa Empresa Cidadã (Brasil, 2008). Atualmente, tramitam no país diversos projetos de lei que propõem a ampliação desse período.

De acordo com Almeida *et al.* (2022), mulheres inseridas no mercado de trabalho formal ou informal apresentam maior probabilidade de introduzir mamadeiras precocemente, uma vez que o retorno às atividades laborais compromete a rotina das mamadas, reduz a produção de leite materno e favorece o uso de fórmulas infantis. Além disso, o retorno ao trabalho é considerado um fator de risco para o desmame precoce, especialmente quando a mulher desconhece as legislações de proteção à nutriz.

No contexto de internação do recém-nascido, destaca-se o papel do Banco de Leite Humano (BLH), responsável pela promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, além de oferecer suporte às puérperas para a manutenção da lactação durante o período em que estão separadas de seus filhos (Silva; Chermont; Moraes, 2022; Brasil, 2018). Contudo, o município de Teresópolis não conta com um BLH, o que representa um fator negativo no contexto da amamentação local.

Apesar das pausas para amamentar estarem previstas em lei, muitas mulheres enfrentam obstáculos no retorno ao trabalho, como a ausência de apoio de chefes e colegas, ambientes insalubres, falta de espaços adequados para a ordenha e armazenamento do leite materno, jornadas exaustivas e a consequente redução da produção de leite em decorrência do estresse e das condições laborais (Almeida *et al.*, 2022; Gonçalves, 2022; Cavalcanti; Silva; Nascimento, 2021).

Em relação à introdução de bicos artificiais, todas as 12 participantes relataram ter ofertado fórmulas infantis aos seus filhos antes do sexto mês de vida. Dessas, nove introduziram o uso de chupetas e mamadeiras logo após o retorno para suas residências, conforme demonstrado nos relatos a seguir:

> Eu dava o peito e a fórmula, mas depois ele não foi querendo mais pegar o peito (E2).
>
> Até certo ponto ele mamava, só que ai ele preferiu a mamadeira o que estava saindo mais. Eu nunca tive muita produção e ofertava também a mamadeira (E3).
>
> Com um mês ela começou a fórmula junto com o peito, porque eu saia para trabalhar ai minha mãe dava a fórmula pra ela (E9).
>
> Ele não estava ganhando peso suficiente, então tivemos que entrar com a fórmula, e acho que depois do gostinho da fórmula ele não quis mais pegar o peito. Eu intercalava, ofertava o peito e a fórmula, mas depois ele foi perdendo o interesse em mamar no peito (E8).

As demais, três participantes, os bebês ficaram internados e tiveram a introdução de bicos artificiais no próprio ambiente hospitalar, conforme relatos a seguir:

> Durante a internação, ele ficava uma hora no peito e depois chorava com fome, então não teve jeito e tivemos que introduzir a fórmula (E4).
>
> Quando ela ficou internada eu conseguia dar de mamar e depois davam a fórmula. Quando voltamos pra casa ela ainda pegava o peito por pouquinho tempo, mas ela pegava mais a mamadeira. Ai ela fez confusão de bico (E3).
>
> Como ela ficou internada e não consegui tirar leite ela tomou fórmula. Quando ela voltou pra casa eu tentei oferecer o peito, mas ela não quis (E5).

As narrativas das participantes evidenciam práticas que podem comprometer o aleitamento materno. A introdução de fórmulas infantis em idade precoce reduz a frequência e a duração das mamadas, o que favorece o desmame precoce. Além disso, a oferta antecipada de certos alimentos, como o leite de vaca, pode desencadear reações alérgicas, aumentar o risco de desenvolvimento de diabetes tipo 1 e de doenças atópicas, como a asma (Brasil, 2021).

O uso de chupetas e mamadeiras é contraindicado e está associado a menor duração do aleitamento materno. A utilização desses bicos artificiais pode confundir a criança, pois a técnica de sucção aplicada ao seio materno difere daquela empregada na mamadeira e na chupeta. Ademais, esses objetos podem representar uma fonte de contaminação por vírus e bactérias, aumentando o risco de infecções (Turke *et al.*, 2021).

Estudos demonstram que o uso de qualquer tipo de chupeta prejudica o desenvolvimento adequado do sistema estomatognático, interferindo na postura e na tonicidade dos músculos, o que pode provocar deformações esqueléticas na boca e na face, desalinhamento dentário, dificuldades na fala, mastigação e respiração, além de elevar o risco de candidíase oral (Torres *et al.*, 2023; Brasil, 2015; Brasil, 2021).

No que se refere às orientações oferecidas pelos profissionais de saúde, cinco participantes relataram ter recebido pouca ou nenhuma informação sobre o aleitamento materno exclusivo (AME) durante o pré-natal, conforme os relatos apresentados a seguir:

> Lá no hospital não falaram nada, só falaram que tinha que tirar o leite, mas não me ensinaram e não deram orientação nenhuma (E4).

> Eu não tirei leite porque não me orientaram, ela só pegou o peito quando foi pra casa, mas ai não tinha mais nada (E5).

> Não fui orientada sobre o aleitamento, eu sabia da importância porque estudava muito e buscava me informar (E7).

> Eu fiz meu pré-natal com médico e eu recebi poucas orientações durante o pré-natal sobre aleitamento materno, mas devido a minha formação, eu já sabia o básico e a importância do aleitamento materno para a saúde do meu filho e para a minha também (E10).

> Eu não recebi orientação, mas sabia mais ou menos como iria funcionar (E12).

Essas falas demonstram que as participantes, tanto no período gestacional quanto no pós-parto, não receberam orientações adequadas sobre o aleitamento materno, considerando suas dúvidas individuais e o contexto social no qual estavam inseridas (WHO, 2021; Araújo *et al.*, 2021; Brasil, 2019). Tal achado reforça a compreensão de que a amamentação é um processo complexo e, para ser bem-sucedida, depende da interação de diversos fatores, entre os quais se destaca a orientação profissional.

A amamentação é considerada um fenômeno social que exige o envolvimento coletivo para sua promoção. Nesse sentido, é fundamental que a mulher estabeleça uma rede de apoio ainda durante o pré-natal (Skupien *et al.*, 2022). Essa rede pode ser classificada como primária e secundária. A rede primária é composta pelos vínculos familiares, amigos, vizinhos e colegas de trabalho, enquanto a rede secundária engloba os profissionais de saúde, instituições e organizações (Emmott; Page; Myers, 2020).

O estudo de Vieira *et al.* (2024) corrobora esses achados ao evidenciar que a falta de capacitação adequada dos profissionais de enfermagem na promoção do aleitamento materno contribui para o desmame precoce. A ausência de informações completas e orientações específicas gera insegurança nas mães, o que pode levá-las a interromper precocemente a

amamentação. Diante disso, destaca-se a necessidade de aprimoramento contínuo das habilidades de intervenção dos profissionais de enfermagem, com foco em fornecer informações claras, individualizadas e abrangentes, promovendo maior segurança e adesão à prática do aleitamento.

Diversos estudos ressaltam o papel fundamental da enfermagem nas orientações sobre aleitamento materno ao longo do ciclo gravídico-puerperal. Cabe à enfermeira orientar e apoiar as mulheres durante o processo de amamentação, desenvolver estratégias educativas adaptadas à realidade de cada puérpera, identificar possíveis fatores de risco para o desmame precoce e criar um ambiente acolhedor que favoreça o vínculo e o prazer em amamentar (Barbosa *et al.*, 2019; Souza *et al.*, 2022; Lustosa; Lima, 2020).

As práticas educativas em saúde destacam a importância de profissionais qualificados para orientar as mulheres sobre aleitamento materno no pré-natal e no ambiente hospitalar, além de apoiar o reconhecimento dos hábitos de sucção não nutritiva nos recém-nascidos. Essas práticas contribuem para uma introdução alimentar complementar adequada e saudável quando necessária, considerando que a saúde da criança deve ser entendida como prioridade absoluta e responsabilidade coletiva (Iopp; Massafera; Bortoli, 2023; Macedo *et al.*, 2022; COFEN, 2022).

Machado, Andrés e Moreschi (2021) reforçam que o êxito no aleitamento materno está relacionado, inicialmente, à disposição da mulher em amamentar e, posteriormente, à qualidade das orientações prestadas pelos profissionais de enfermagem durante o acompanhamento pré-natal.

No que se refere à rede de apoio, seis participantes relataram ter recebido algum tipo de suporte, seja da família, de amigos ou do ambiente de trabalho:

> Eu tive apoio da minha mãe, porque na época me separei do pai dela (E5).
>
> Meu marido me ajudava de madrugada, acordava algumas vezes para pegá-lo e colocar no meu peito, me ajudava a não cochilar enquanto eu amamentava (E8).
>
> Eu tive a ajuda da minha filha mais velha, ela ficou do meu lado o tempo todo lá com ele, ela ficou no hospital comigo, assistiu o parto dele, ela foi comigo (E1).
>
> Recebi apoio das pessoas do trabalho, eles me mimaram até o último minuto, cuidaram, me deram apoio. Eu falo que eles são minha família, elas que me ajudaram bastante (E6).

As falas das participantes demonstram que receberam apoio de algum membro da família durante o período de amamentação. Estudos indicam que mulheres que amamentam recorrem, em primeiro lugar, aos seus familiares, considerados referências para orientações e

auxílio nas dificuldades relacionadas ao aleitamento materno e aos cuidados com o recém-nascido, sendo o núcleo familiar reconhecido como a principal rede social de apoio às lactantes (Skupien *et al.*, 2022; Tronco; Bonilla; Telles, 2020).

Em consonância com os achados deste estudo, Souza *et al.* (2023) destacam que as mães das nutrizes exercem papel fundamental na rede de apoio social, uma vez que, por meio de suas experiências prévias com amamentação, tornam-se fontes de conhecimento, cujas orientações são frequentemente aceitas, valorizadas e respeitadas dentro do contexto social da mulher.

Os resultados da pesquisa também corroboram estudos que ressaltam a relevância da rede social de apoio primária para o sucesso do aleitamento materno. Essa rede pode exercer influência positiva ou negativa sobre a decisão de amamentar, seja por meio do incentivo ou do desestímulo, da troca de conhecimentos e de experiências ou ainda pela transmissão de valores culturais e tradições familiares. Assim, não basta que a mulher opte por amamentar; é essencial que esteja inserida em um ambiente que fortaleça sua decisão, favorecendo o êxito dessa prática (Carvalho *et al.*, 2023; Alves *et al.*, 2020).

A rede social primária também inclui o ambiente de trabalho. Entretanto, o retorno à rotina profissional pode representar uma barreira à manutenção do AME, devido à sobrecarga de trabalho, aos turnos, à ausência de locais adequados para amamentar ou realizar a ordenha, entre outros fatores. Nessa perspectiva, o apoio de empregadores e colegas de trabalho torna-se um elemento fundamental para o estabelecimento e a continuidade do AME (Skupien *et al.*, 2022).

Por outro lado, três participantes relataram não ter recebido apoio de familiares, conforme será evidenciado nos relatos a seguir:

> A minha família tem problemas, minha mãe e meu irmão tem distúrbios mentais e eu cuido da minha família, então quando você cuida da sua família não tem como eles te darem apoio de alguma coisa (E1).

> Somos eu, meu marido e as crianças. Ele precisava trabalhar e minha família não mora perto da gente, então eu tive que fazer tudo sozinha (E9).

> Minha mãe morava perto de mim, mas nunca fomos tão próximas, então eu quase não recebia ajuda nenhuma (E11).

Os achados desta pesquisa estão alinhados ao estudo de Souza *et al.* (2023), que aponta a carência de apoio familiar como um fator determinante para o desmame precoce. O

envolvimento da família durante o puerpério, especialmente o apoio da avó materna, contribui significativamente para que a mulher enfrente as mudanças físicas e emocionais próprias desse período. Em contrapartida, a ausência desse suporte pode tornar o pós-parto um momento de solidão e sobrecarga, marcado pela necessidade de conciliar sozinha as demandas do cuidado doméstico e do recém-nascido, o que pode comprometer a duração e a continuidade do AME (Leão *et al.*, 2022).

Além disso, três participantes relataram não ter recebido apoio do parceiro íntimo, conforme será apresentado nos relatos a seguir:

> Não recebi apoio do pai do bebê, até hoje estamos em processos burocráticos para ele registrar o meu filho (E1).
>
> Minha relação com o pai dela é horrível, não tenho mais contato com ele e não tive nenhuma ajuda dele (E5).
>
> Eu não tinha contato com o genitor da minha filha, então em relação a ele eu não tive nenhum suporte (E6).

Apesar de algumas participantes relatarem ter recebido apoio da família ou de amigos, muitas não contaram com o suporte do parceiro íntimo. Estudos demonstram que a participação ativa e a compreensão do pai nos primeiros dias de aleitamento materno estão associadas a efeitos positivos na manutenção dessa prática (Oliveira *et al.*, 2022).

Cecagno *et al.* (2020) ressaltam que a figura paterna representa um fator de empoderamento e segurança para a mulher durante o período de amamentação. Um parceiro presente, que ofereça suporte emocional, contribua nas atividades domésticas, auxilie nos cuidados com o recém-nascido e incentive a continuidade do aleitamento, favorece o fortalecimento do desejo da mulher em manter a prática.

Entre os fatores descritos na literatura relacionados às baixas taxas de prevalência do AME, destaca-se a falta de apoio paterno (Bráulio *et al.*, 2021). Muitos pais ainda apresentam conhecimento limitado sobre os benefícios da amamentação e, em diversos casos, não participam do pré-natal devido à necessidade de exercer atividades remuneradas, o que os impede de estar presentes nas consultas. Contudo, torna-se fundamental que esses pais sejam informados e conscientizados, para que possam colaborar nas decisões relacionadas à amamentação e apoiar ativamente as mulheres nesse processo desafiador (Brasil, 2023).

Por fim, os resultados desta pesquisa revelaram que as causas do desmame precoce na população estudada estão relacionadas a fatores clínicos e biológicos, associados a questões sociais, como a falta de recursos econômicos, o retorno precoce ao trabalho, a carência de

orientações por parte dos profissionais de saúde e a ausência de apoio familiar. Esses achados evidenciam a necessidade de ampliar o cuidado destinado às mulheres em idade reprodutiva, especialmente às gestantes, oferecendo informações seguras e adequadas à realidade de cada uma, incentivando a adesão ao aleitamento materno e apoiando-as no enfrentamento das dificuldades, a fim de promover a manutenção do AME.

1.17.2 Vivências familiares que contribuíram para o desmame precoce

Esta subcategoria analisa as vivências familiares das participantes, considerando as relações afetivas estabelecidas com pais, mães, padrastos, primos, cunhados, parceiros íntimos e ex-parceiros, bem como a influência desses vínculos no desmame precoce. Entende-se que as causas do desmame são multifatoriais, incluindo o contexto social e familiar no qual a mulher está inserida.

Com o objetivo de apresentar os resultados obtidos nas entrevistas de maneira organizada, foi elaborado o quadro 5, que identifica as diferentes formas de violência de gênero vivenciadas pelas mulheres ao longo da vida. As violências estão categorizadas em dois períodos distintos: antes da última gravidez e durante e após a última gravidez, seguindo a classificação estabelecida pela Lei Maria da Penha (Brasil, 2006).

Quadro 5 - Violência de gênero vivenciada pelas mulheres entrevistadas ao longo da vida. Teresópolis/RJ entre jan.-maio de 2024

Participantes	**Perpetrador da Violência de Gênero**	**Antes da última gravidez**					**Durante e após a última gravidez**				
		VF	VS	VP	VM	VPA	VF	VS	VP	VM	VPA
E1	Ex-parceiro íntimo	**X**		**X**							
E2	-										
E3	Ex-parceiro íntimo			**X**	**X**						
E4	Ex-parceiro íntimo	**X**		**X**							
E5	Familiares e parceiro íntimo	**X**	**X**				**X**	**X**	**X**	**X**	**X**
E6	-										
E7	-										
E8	-										
E9	-										
E10	-										
E11	Familiares	**X**		**X**		**X**					
E12	Parceiro íntimo	**X**		**X**	**X**		**X**	**X**	**X**	**X**	**X**

Legenda: VF = violência física, VP = violência psicológica, VS = violência sexual, VM= violência moral, VPA= violência patrimonial.

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

De acordo com os dados apresentados no Quadro 5, das 12 participantes do estudo, seis vivenciaram pelo menos duas formas de violência de gênero em algum momento de suas vidas. Isso corresponde a 50% das mulheres entrevistadas, que relataram ter sofrido agressões no contexto familiar ou em relações com o parceiro íntimo. Para facilitar a compreensão ao longo da análise, as participantes serão identificadas no texto por meio de códigos entre parênteses.

Duas participantes (E5 e E11) relataram ter vivenciado situações de violência ainda na infância e adolescência, perpetradas por membros do núcleo familiar, como mãe, primo, cunhado, madrasta e padrasto. Assim, a violência esteve presente desde os primeiros anos de vida, justamente no ambiente onde deveriam prevalecer relações de afeto e proteção.

Além disso, as participantes E5 e E12 relataram ter sido vítimas de diferentes formas de violência por parte de seus parceiros íntimos durante o período gestacional e nos primeiros meses da amamentação. Ambas haviam rompido os relacionamentos no momento da entrevista; no entanto, E5 informou que, mesmo não coabitando com o agressor, continuava sendo vítima de violência de gênero praticada por ele.

Em relação às participantes E1, E3 e E4, os relatos indicaram que vivenciaram situações de violência de gênero em relacionamentos anteriores, mas não durante ou após a última gestação.

Diante desses resultados, a análise inicia-se pela abordagem conceitual da violência intrafamiliar, compreendida como uma manifestação das desigualdades de gênero que ocorre no contexto familiar. Na sequência, serão apresentadas as vivências das participantes com seus parceiros íntimos ou ex-parceiros, à luz da Lei Maria da Penha (Brasil, 2006).

A violência intrafamiliar é definida como qualquer forma de abuso praticado no ambiente privado da família, incluindo situações em que pessoas que assumem a função de cuidado parental, mesmo sem vínculo biológico, cometem agressões contra outros membros da família. Essa forma de violência não se limita ao espaço físico da residência, podendo ocorrer em diferentes ambientes onde se constroem relações familiares (Brasil, 2002; Miura; Medeiros, 2021). Trata-se de um fenômeno frequentemente invisibilizado, já que ocorre no âmbito privado e pode afetar crianças, cônjuges, idosos e outros familiares (Brasil, 2002; Lopes, 2021).

A família, enquanto principal agente socializador, deveria proporcionar um ambiente de aprendizagem e convivência saudável, no qual a criança assimila gradualmente regras, valores e normas que facilitam sua inserção social de forma segura e equilibrada. No entanto, é também no ambiente familiar que ocorrem, com frequência, episódios de violência física e sexual contra

crianças e adolescentes, frequentemente associados à dominação exercida por figuras parentais (Teixeira, 2013).

Nesse contexto, os resultados desta pesquisa revelaram que duas participantes relataram ter sido vítimas de violência física, conforme os relatos apresentados a seguir:

> Minha mãe era muito ruim, violenta. Ela tinha mania de bater a cabeça nossa, dar soco nas costas, eu já cheguei a desmaiar, já acordei com tapa na cara (E5).
>
> Sofri violência da minha madrasta, ela me batia por tudo, tudo eu era culpada. E eu apanhava mesmo, de fivela de correia, dos meus 05 aos 11 anos de idade (E11).

As falas das participantes revelam que a violência física foi expressa por meio de agressões diretas, como socos e tapas, perpetrados pela mãe e pela madrasta durante a infância. Em alguns episódios, foram utilizados objetos potencialmente letais, como fivelas de cintos. Segundo o Ministério da Saúde (2002), essa forma de violência pode ser caracterizada por comportamentos agressivos, incluindo tapas, empurrões, queimaduras, mordidas, chutes, administração forçada de medicamentos inadequados, amarrações, arrastões, exposição forçada, abandono em locais desconhecidos, lesões causadas por armas ou objetos e negligência, que se manifesta pela omissão de cuidados básicos de proteção, alimentação, higiene e prevenção de doenças.

A família é reconhecida como a principal referência social da criança, sendo o primeiro ambiente de aprendizado e convívio. Contudo, quando o lar se torna um espaço de violência, as consequências podem comprometer seriamente o desenvolvimento emocional. Crianças e adolescentes que vivenciam agressões familiares tendem a apresentar insegurança, baixa autoestima e, frequentemente, dificuldade em romper o ciclo de violência ao longo da vida (Lopes, 2021; Miura; Medeiros, 2021).

O ciclo da violência intrafamiliar tende a se repetir, o que agrava seus efeitos e perpetua as consequências, especialmente para crianças que testemunham ou sofrem diretamente as agressões. Crianças expostas a esse tipo de violência possuem maior risco de desenvolver problemas emocionais e comportamentais, o que contribui para a reprodução da violência nas gerações seguintes (Wilde; Sheeran; Douglas, 2021). Além disso, mulheres que passaram por experiências de violência na infância e adolescência estão mais vulneráveis a transtornos como depressão, ansiedade e estresse pós-traumático (Macedo *et al.*, 2025).

A violência psicológica, embora não deixe marcas visíveis no corpo, compromete a saúde mental e a autoestima da vítima, gerando repercussões duradouras. Esse tipo de violência

é especialmente grave quando ocorre na infância, pois interfere diretamente na formação da identidade e no equilíbrio emocional (Teixeira, 2013).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2002) define a violência psicológica como qualquer ação ou omissão que cause ou busque causar danos à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Essa violência se expressa por meio de insultos, humilhações, desvalorização, chantagem, isolamento social, negligência, ameaças, privação arbitrária da liberdade, entre outros comportamentos abusivos.

No que se refere a essa forma de violência, uma participante relatou tê-la vivenciado durante a adolescência, conforme apresentado a seguir:

> Depois dos 11 anos, eu voltei a morar com minha mãe, aí eu vivi a violência psicológica. Meu padrasto tinha ciúmes de mim, eu não podia ir para lugar nenhum. Tinha que ficar em casa. Ele me vigiada e controlava (E11).

O relato da participante evidencia que o padrasto controlava suas ações, restringia seu direito de ir e vir e a mantinha em isolamento social. Ressalta-se que essa mesma participante também foi vítima de violência física praticada pela madrasta durante a infância.

A repetição dessas situações reforça a compreensão de que crianças expostas à violência intrafamiliar podem naturalizar esse fenômeno e interpretá-lo como um padrão aceitável de relacionamento. Consequentemente, existe o risco de essas crianças replicarem comportamentos violentos em suas relações afetivas futuras (Henriques; Dutra-Thomé; Rosa, 2022).

Embora a violência psicológica seja considerada uma das formas mais prejudiciais de agressão, trata-se de um abuso silencioso, frequentemente subestimado, sobretudo em relação às repercussões emocionais que provoca nas vítimas. A saúde mental do indivíduo começa a ser construída na infância e está diretamente relacionada à forma como a criança percebe o ambiente ao seu redor, às relações estabelecidas com seus pais e à maneira como é tratada por eles (Santos; Quixadá, 2023).

Dessa forma, a violência psicológica sofrida por crianças e adolescentes pode acarretar consequências graves e duradouras ao longo da vida. Entre os efeitos mais comuns estão o isolamento social, dificuldades escolares, como baixo rendimento e exposição ao bullying, além do aumento da vulnerabilidade a transtornos como ansiedade e depressão. Essa forma de violência também prejudica a autoestima, compromete os relacionamentos interpessoais, pode

induzir ao consumo abusivo de álcool e está associada ao desenvolvimento do TEPT (Macedo *et al.*, 2025).

Além dos episódios de violência já relatados, a participante afirmou ter sido vítima, ainda na adolescência, de maus-tratos praticados por seu padrasto contra ela e sua mãe.

> Meu padrasto controlava todo o dinheiro. Além disso, bebia e quebrava tudo dentro de casa, batia na minha mãe (E11).

Esta narrativa elucida que essa mulher vivenciou o uso abusivo de álcool do seu padrasto, que tinha como consequência o prejuízo material da família, por meio do controle financeiro, acrescidos das agressões físicas contra a sua mãe.

Observa-se, nesse contexto, a presença da violência patrimonial, caracterizada por todos os atos ou omissões do agressor que afetam a saúde emocional e a subsistência dos membros da família, incluindo roubo, destruição de bens materiais, recusa no pagamento de pensão alimentícia ou na contribuição para despesas básicas de sobrevivência do núcleo familiar, entre outras formas de abuso (Brasil, 2002).

As vivências dessa participante reforçam as desigualdades de poder entre homens e mulheres, especialmente no ambiente familiar. Sabe-se que a exposição à violência na infância pode levar à naturalização dessas situações, aumentando as chances de a pessoa aceitar ou reproduzir comportamentos violentos em relações futuras (Teixeira, 2013; Tassinari *et al.*, 2022). Além disso, crianças que presenciam atos de violência frequentemente desenvolvem sentimentos de abandono e desvalorização, o que compromete sua autoestima e favorece a crença de que os conflitos devem ser resolvidos por meio da agressão (Souza *et al.*, 2021).

O estudo de Oliveira e Pachú (2022) corrobora essa compreensão ao destacar que mulheres estão mais suscetíveis a vivenciar as consequências do consumo abusivo de álcool pelos homens, o que favorece a perpetuação da violência de gênero.

Pesquisas apontam uma associação significativa entre o consumo excessivo de álcool e o aumento dos comportamentos violentos, uma vez que a intoxicação compromete o julgamento, reduz a capacidade de autocontrole e estimula reações impulsivas e agressivas. O álcool interfere diretamente em áreas cerebrais responsáveis pelo controle emocional e pela inibição de comportamentos inadequados, o que pode agravar conflitos já existentes (Soares *et al.*, 2021; Sontate *et al.*, 2021).

No ambiente familiar, o uso abusivo de bebidas alcoólicas contribui para tornar o convívio mais instável, aumentando as tensões e agravando conflitos. Crianças que crescem em

lares onde há abuso de álcool estão mais vulneráveis ao desenvolvimento de problemas emocionais e comportamentais, além de apresentarem maior risco de uso abusivo de substâncias na adolescência (Giff *et al.*, 2024).

Estudos destacam que a combinação entre alcoolismo e violência intrafamiliar compromete seriamente a saúde mental dos envolvidos, principalmente das crianças em processo de desenvolvimento. A exposição frequente a essas situações está associada ao surgimento de transtornos como ansiedade, depressão e estresse pós-traumático (Cavagnolli; Machado, 2024).

As consequências da exposição de crianças à violência doméstica, mesmo que elas não sejam diretamente agredidas, são graves e duradouras, afetando o desenvolvimento emocional e social. Dessa forma, essas crianças também são consideradas vítimas da violência (Wilde; Sheeran; Douglas, 2021).

Diante desse cenário, destaca-se a importância da escola no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. As instituições de ensino devem desenvolver estratégias preventivas, como programas de educação parental, políticas de combate ao bullying, ações de conscientização e iniciativas de educação socioemocional (Ribeiro; Costa, 2023).

Em casos de violência contra a criança, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), este Órgão estabelece que os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade (BRASIL, 1990). `

> Eu comentei uma vez na escola que acionou o Conselho Tutelar e fizeram a denúncia (E11).

O relato da participante evidencia que a escola cumpriu adequadamente seu papel ao efetivar a denúncia da situação de violência. Ao receber uma denúncia, é responsabilidade do Conselho Tutelar realizar a apuração das condições sociais vivenciadas pela família e, quando necessário, acionar as redes institucionais de apoio para intervir no contexto de risco ou vulnerabilidade ao qual a criança se encontra exposta (Silva; Silva; Brito, 2023).

No entanto, a mãe da participante demonstrou resistência em relatar os fatos às autoridades competentes, em virtude do temor de que tal atitude pudesse colocar em risco a sua integridade e a de sua filha. Como consequência dessa omissão, o agressor permaneceu impune.

> A minha mãe nunca falou nada para ninguém. Ela sempre teve medo dele fazer alguma coisa de ruim com a gente (E11).

A fala da participante revela que, por medo e com o intuito de proteger a si mesma e à filha, a mãe se subjugou aos maus-tratos perpetrados pelo parceiro. Situações como essa são recorrentes e estão associadas a diversos fatores, como dependência econômica, ausência de apoio institucional, medo de represálias, falta de autonomia, vergonha, estigma social e desconhecimento dos próprios direitos (Souza; Matos; Prestes, 2024; Teixeira, 2013).

No que diz respeito à violência sexual, uma participante afirmou ter vivenciado esse tipo de agressão:

> A minha vida foi horrível. Fui abusada pelo meu primo e meu cunhado. Foram mais de uma vez e demorou muito para eu sair dessa situação, eu não contei para ninguém, porque fiquei com medo (E5).

O relato da participante evidencia que os perpetradores da violência sexual foram membros próximos de sua família e que os episódios de abuso ocorreram de forma recorrente dentro de sua própria residência. Por medo, ela não compartilhou o ocorrido com nenhuma pessoa que pudesse oferecer ajuda.

Infelizmente, esse tipo de violência é frequentemente praticado por indivíduos próximos à vítima, que se aproveitam da ingenuidade e vulnerabilidade infantil para satisfazer desejos sexuais (Neto; Rezende; Carvalho, 2021). A violência sexual pode assumir diferentes formas, incluindo penetração forçada oral, vaginal ou anal, carícias não consentidas, estupro, assédio sexual, abuso incestuoso, proibição do uso de métodos contraceptivos, prostituição forçada e aborto, entre outras práticas (Brasil, 2002).

De acordo com o Ministério da Saúde, a violência sexual infantil é caracterizada pela participação de crianças ou adolescentes em atividades sexuais inapropriadas para sua idade e estágio de desenvolvimento psicossexual. Nesses casos, a vítima é forçada fisicamente, coagida ou seduzida a participar da situação, sem possuir maturidade emocional ou cognitiva suficiente para consentir ou compreender o que está acontecendo (Brasil, 2002).

Experiências de violência sexual na infância podem comprometer de forma significativa a saúde física e mental das vítimas ao longo de toda a vida (Neto; Rezende; Carvalho, 2021). Trata-se de uma grave violação dos direitos humanos, considerando que as crianças, por sua condição de dependência e fragilidade física e emocional, são particularmente vulneráveis a essas agressões (Batista; Gomes; Villacorta, 2022).

As consequências desse tipo de violência são diversas. Do ponto de vista físico, podem ser identificadas por meio de exames médicos e incluem marcas de agressão no corpo, lesões na região genital ou anal, presença de sêmen nas roupas ou nos órgãos genitais e dificuldades motoras, como incômodo ao sentar ou andar. Já as repercussões psicológicas podem ser observadas por pais, responsáveis ou educadores e incluem alterações de comportamento, queda no rendimento escolar, aumento da agressividade e irritabilidade, baixa autoestima, isolamento social e sinais de tristeza persistente (Ferreira, 2024; Brasil, 2002).

Uma das principais estratégias de enfrentamento ao abuso sexual infantil no Brasil é o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído em 1990, que assegura a proteção integral à saúde e ao bem-estar de crianças e adolescentes. Entretanto, os casos de violência infantil continuam sendo amplamente subnotificados, pois, em grande parte, ocorrem no ambiente doméstico e longe dos olhos públicos. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que menos da metade das crianças vítimas de violência relata o ocorrido e menos de 10% recebem qualquer tipo de apoio (OMS, 2024).

O cenário nacional confirma a gravidade dessa problemática. Segundo o 18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2023), foram registrados 83.988 casos de estupro no país, dos quais 76% referem-se ao crime de estupro de vulnerável. O perfil das vítimas revela que a maioria são meninas (88,2%), negras (52,2%), com até 13 anos de idade (61,6%), sendo que, em 84,7% dos casos, o agressor é um familiar ou conhecido da vítima. Alarmantemente, 61,7% dos casos ocorreram dentro da residência da vítima (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024).

O ambiente familiar hostil, no qual essas mulheres vivenciaram abusos psicológicos, patrimoniais, morais, físicos e sexuais, configurou-se como um instrumento de dominação e controle. Nessas circunstâncias, a violência de gênero emerge no seio familiar e se estende para os relacionamentos afetivos, perpetuando-se com base nas desigualdades estruturais entre homens e mulheres. Essas desigualdades favorecem a naturalização da ideia de que a mulher deve ocupar uma posição de submissão em relação ao homem (Teixeira, 2015).

No contexto da violência de gênero perpetrada por parceiros íntimos, cinco participantes (E1, E3, E4, E5 e E12) relataram ter vivenciado alguma das formas de agressão previstas na Lei Maria da Penha (Brasil, 2006), tanto em relacionamentos anteriores quanto em relações atuais.

Dentre essas formas de violência, destaca-se a violência física, presente nas relações de quatro participantes, conforme demonstrado nos relatos a seguir:

> Ele me agredia fisicamente e isso era constante, mesmo assim eu ainda ficava (E1).
>
> A nossa relação era muito complicada. Ele me batia na gravidez (E3).
>
> Ele era agressivo comigo, me batia, me mordia. Quando eu fui ganhar minha filha ele me mordeu duas vezes (E5).
>
> Ele sempre me bateu, eu fui muito odiada por ele e não parou com a gravidez (E12).

Os relatos das participantes evidenciam episódios de maus-tratos, inclusive durante o período gestacional. As mulheres descreveram relacionamentos marcados por comportamentos agressivos, como murros e mordidas. De acordo com a legislação brasileira, essa forma de agressão é caracterizada como qualquer conduta que comprometa a integridade física ou a saúde corporal da vítima, sendo classificada como violência doméstica quando ocorre no âmbito familiar ou residencial.

Ressalta-se que a violência por parceiro íntimo (VPI) durante a gestação pode desencadear desfechos adversos tanto para a saúde materna quanto para o recém-nascido. Os traumas físicos sofridos pela gestante, especialmente aqueles direcionados ao abdômen, figuram entre as principais causas de mortalidade materna por motivos não obstétricos, com uma incidência estimada entre 6% e 8% de todas as gestações. Entre os fatores traumáticos, a violência doméstica se destaca como um dos mais prevalentes. Estima-se que entre 4% e 8% das mulheres grávidas sejam vítimas de algum tipo de violência nesse período, sem considerar os casos que permanecem subnotificados (Araújo *et al.*, 2023). Portanto, a gravidez não protegeu as participantes dos maus-tratos perpetrados por seus parceiros.

As consequências dessa forma de violência incluem danos à placenta, contrações uterinas prematuras e ruptura das membranas amnióticas, o que pode resultar em parto prematuro e baixo peso ao nascer. Além disso, a VPI durante a gestação está associada a complicações como anemia, natimortalidade e descolamento prematuro da placenta (Musa; Chojenta; Loxton, 2021; Febrasgo, 2023; Guo *et al.*, 2023; Araújo *et al.*, 2023).

Estudo conduzido por Guo *et al.* (2023) identificou uma associação estatisticamente significativa entre a exposição à VPI durante a gestação e a ocorrência de natimortalidade, indicando que mulheres vítimas de violência nesse período possuem maior probabilidade de perder o bebê em comparação com aquelas que não sofreram agressões.

Adicionalmente, fatores como idade materna jovem, histórico de violência pessoal ou familiar, parceiro desempregado ou envolvido com o uso de drogas ilícitas estão associados a um risco elevado de vivenciar VPI durante a gestação (Conceição; Coelho; Madeiro, 2021).

Acrescenta-se a esse contexto as repercussões negativas da violência por parceiro íntimo (VPI) sobre o aleitamento materno. Evidências apontam que mulheres expostas à violência física apresentam maior propensão a interromper precocemente a amamentação, o que contribui diretamente para o desmame precoce. Destaca-se que a violência física representa a forma de agressão com maior impacto negativo na prática do aleitamento materno (Baquião *et al.*, 2022; Ferreira; Cabeças, 2024).

Estudo realizado em São Luís, Maranhão, Brasil, demonstrou que o risco de um bebê não ser amamentado até completar 12 meses de vida aumenta significativamente em casos de VPI recorrente antes ou durante a gestação (Ribeiro *et al.*, 2021).

Ferreira e Cabeças (2024) reforçam que todas as formas de VPI afetam negativamente o aleitamento materno, sobretudo a violência física durante a gravidez e o período de amamentação. Esse tipo de agressão compromete a saúde mental e física da mulher, gerando estresse, medo e insegurança, o que impacta diretamente na produção de leite.

Corroborando com os achados deste estudo, Ariyo e Jiang (2021) destacam que a VPI está associada ao desmame precoce. Em casos de violência física durante o período de amamentação, a mulher pode apresentar lesões corporais que dificultam a prática do aleitamento materno exclusivo. Mesmo aquelas que desejam manter a amamentação podem se ver impossibilitadas de fazê-lo, seja pelo medo de novas agressões ou como forma de proteger o recém-nascido.

Além disso, o aumento do cortisol decorrente do estresse provocado pela violência está relacionado ao atraso no início da lactação, o que eleva a probabilidade de introdução precoce de outros alimentos ou líquidos antes dos seis meses de vida do bebê, contribuindo para o desmame precoce (Walters *et al.*, 2021).

No que se refere à violência sexual, duas participantes relataram ter vivenciado esse tipo de agressão durante o período gestacional:

> Ele tentou fazer sexo comigo a força, eu estava grávida, ai acabei tendo um sangramento e eu tive parto prematuro. Minha bolsa arrebentou (E5).
>
> Quando eu estava grávida, o meu marido estava com catapora, então eu fui para a casa de uma prima com medo de pegar e passar para o bebê. Ele me fez voltar para casa e me obrigou a ter relação com ele (E12).

Os relatos das participantes evidenciam que as agressões sexuais e as intimidações perpetradas por seus parceiros íntimos colocaram em risco a saúde fetal. Uma das participantes relatou ter conhecimento de que o parto prematuro que vivenciou foi decorrente da violência

sexual sofrida. Destaca-se, contudo, que em nenhum momento as participantes associaram explicitamente a prática de relações sexuais não consentidas como um ato de violência.

A violência sexual no contexto da VPI é caracterizada por qualquer conduta que force a mulher a presenciar, manter ou participar de uma relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força. Inclui ainda a imposição de restrições ao uso de métodos contraceptivos, a coação ao aborto ou à gravidez e a limitação ou anulação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher (Brasil, 2006).

Considera-se que a VPI durante a gravidez constitui um grave problema de saúde pública, com implicações significativas na morbimortalidade materna e neonatal (Araújo *et al.*, 2023). As evidências apontam que essa situação pode ser tão ou mais frequente do que diversas intercorrências clínicas no período gestacional, como hipertensão arterial, alterações no peso corporal, diabetes gestacional, baixa adesão ao pré-natal, maior incidência de infecções geniturinárias, infecções sexualmente transmissíveis (IST), entre outros agravos (Drezett; Torres; Freite, 2024).

Teixeira (2013) destaca que, em muitos casos, mulheres inseridas em relações abusivas não reconhecem o sexo forçado como uma forma de violência, pois o ato sexual, dentro de um relacionamento estável, ainda é interpretado como uma obrigação implícita nas dinâmicas conjugais.

Baraldi *et al.* (2022) também apontam que mulheres expostas à VPI durante a gravidez apresentam maior vulnerabilidade ao sofrimento psíquico, com elevação dos níveis de estresse, tristeza, angústia, transtornos mentais comuns e ideação suicida, o que evidencia a necessidade de estratégias integradas de prevenção, acolhimento e assistência às mulheres em situação de violência.

No que se refere à saúde do concepto, a exposição materna à VPI está associada a um aumento do risco de aborto espontâneo, crescimento intrauterino restrito, parto prematuro, baixo peso ao nascer, morte perinatal e mortalidade infantil. Estudos também relacionam a violência na gestação à baixa adesão à vacinação infantil, menor duração do aleitamento materno e maior necessidade de encaminhamentos especializados para triagem neonatal auditiva (Musa; Chojenta; Loxton, 2021; Barros; Caselli; Polubriaginof, 2022; Araújo *et al.*, 2023).

Além disso, os efeitos emocionais da VPI, como medo, ansiedade e depressão, podem comprometer diretamente a capacidade da mulher de amamentar de forma adequada, afetando negativamente a prática do aleitamento materno (Aristizábal; Theme Filho, 2022).

Vale destacar que, em 22% dos países, ainda não há legislação que criminalize o estupro dentro do casamento, prática também denominada estupro marital. Essa forma de violência, em muitos contextos socioculturais, permanece silenciada e frequentemente naturalizada. No Brasil, embora a Lei Maria da Penha reconheça o estupro marital como uma forma de violência doméstica, ainda persistem barreiras estruturais de ordem social, econômica e cultural, especialmente relacionadas às desigualdades de gênero, que dificultam a denúncia e a responsabilização dos agressores (ONU, 2021; Brasil, 2006).

Os resultados deste estudo corroboram achados prévios ao demonstrar que a gravidez não atuou como fator de proteção contra a violência por parceiro íntimo (VPI) (Teixeira, 2013; Felix *et al.*, 2022; Soares *et al.*, 2023).

A literatura evidencia que, em muitos casos, a VPI pode ter início antes da gestação, mas tende a persistir ou se intensificar durante o período gestacional. Entre os fatores que contribuem para a continuidade ou agravamento da violência, destacam-se a dependência econômica da mulher, o baixo nível de escolaridade e o uso de substâncias psicoativas pelo parceiro (Teixeira *et al.*, 2015; Araújo *et al.*, 2023; Miranda *et al.*, 2024).

As narrativas das participantes também revelaram a presença de violência moral em suas vivências, compreendida como qualquer ação que envolva calúnia, difamação ou injúria, conforme previsto na Lei Maria da Penha (Brasil, 2006). Essa forma de violência esteve presente no cotidiano de quatro participantes, conforme ilustram os relatos a seguir:

> Ele me agredia verbalmente, eu acho pior do que apanhar (E3).
>
> No início eram só agressões verbais e eu achava que ele iria parar (E4).
>
> Minha relação com ele era horrível, ele sempre me xingou (E5).
>
> Uma vez ele me deu uma bicicleta e eu estava usando uma calça legging, quando ele me viu começou a me xingar muito (E12).

Os relatos das participantes evidenciam que a utilização de palavras ofensivas, como xingamentos durante discussões, bem como a crítica ou censura quanto à escolha de vestimentas, foram fatores desencadeadores de episódios de violência moral. Essa forma de agressão, além de comprometer a dignidade da mulher, apresenta forte relação com a violência psicológica, uma vez que afeta diretamente a autoestima e pode contribuir para o agravamento de repercussões negativas sobre a saúde mental da vítima (Teixeira, 2013; Felix *et al.*, 2022).

Adicionalmente, quatro participantes relataram ter vivenciado episódios de violência psicológica:

> Ele diminuía minha autoestima, me colocava pra baixo (E1).
>
> Eu não podia sair, ver minha mãe, não podia ter amizade com ninguém. Tinha época que dependendo da roupa eu não podia sair, se tivesse muito calor e eu quisesse usar um short eu não podia usar (E3).
>
> Agora ele chegou a me ameaçar. Disse que se eu denunciasse ia acontecer alguma coisa comigo (E5).
>
> Ele começou a falar que eu era feia, que eu não me cuidava, que eu era gorda, essas coisas assim que dói na alma. Hoje eu tomo remédio controlado, tive uma depressão profunda (E12).

Os relatos das participantes revelam a presença de ameaças, insultos, humilhações e ridicularizações como formas de controle e opressão exercidas por seus parceiros íntimos. A violência psicológica é conceituada como qualquer ação que cause danos emocionais, comprometa a identidade ou o desenvolvimento da pessoa e resulte na diminuição da autoestima, incluindo comportamentos como humilhações, isolamento social e ameaças (Brasil, 2006).

Essa forma de violência não se caracteriza como um episódio isolado, mas como uma sequência de agressões sutis que se acumulam ao longo do tempo. Frequentemente, inicia-se no período do namoro ou durante a primeira gestação, enfraquecendo progressivamente as defesas emocionais da mulher, reduzindo sua autoestima e gerando sentimentos de medo, fragilidade e impotência (Farias, 2024).

É importante destacar que, em muitos casos, a VPI se manifesta inicialmente por meio da violência psicológica. Por não deixar marcas físicas visíveis, essa violência tende a não ser reconhecida imediatamente como uma agressão, permanecendo invisível tanto para a vítima quanto para a sociedade. Contudo, mulheres que vivenciam esse tipo de violência frequentemente a consideram uma das formas mais difíceis de enfrentar, ainda que, em muitos casos, levem anos para reconhecê-la (Oliveira *et al.*, 2021).

Os resultados deste estudo estão em consonância com a literatura, que aponta que as diversas formas de VPI, especialmente a violência psicológica vivenciada durante a gestação, afetam negativamente a prática do aleitamento materno exclusivo (AME). Estudos indicam que

mulheres expostas à violência psicológica apresentam uma probabilidade 34% menor de manter o AME pelo tempo recomendado (Ariyo; Jiang, 2021; Baraldi *et al.*, 2022; Walters *et al.*, 2021).

Além disso, muitas mulheres relataram ter interrompido a amamentação como forma de proteger seus filhos da exposição ao ambiente violento. No caso específico da violência psicológica, o estresse constante e o medo em relação ao parceiro geraram preocupações quanto à produção de leite, levando muitas a introduzirem a mamadeira de forma precoce, o que contribuiu para o desmame antes dos seis meses recomendados (Baraldi *et al.*, 2022).

As repercussões das experiências de VPI no aleitamento materno são profundamente influenciadas pelas consequências emocionais e psicológicas vivenciadas pelas mulheres. Algumas relataram sentir-se intimidadas ou emocionalmente incapacitadas de amamentar, pois o ato de sucção do seio pelo bebê evocava memórias traumáticas e sensações associadas à violência física sofrida, tornando o processo de amamentação angustiante ou insuportável.

Outras mulheres associaram a falta de motivação para amamentar aos conflitos conjugais e ao estresse diário, o que contribuiu diretamente para a redução do tempo e da qualidade do aleitamento materno (Baraldi *et al.*, 2022).

A violência patrimonial também esteve presente nos relacionamentos das participantes. Essa forma de agressão é caracterizada por ações que envolvem a retenção, subtração, destruição parcial ou total de objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores, direitos ou recursos econômicos da mulher, como estratégia de limitação de sua liberdade e autonomia (Brasil, 2006).

No presente estudo, essa forma de violência foi relatada por duas participantes, conforme ilustram as falas a seguir:

> Quando ela estava internada em Caxias, eu nem sempre tinha dinheiro para ir visitá-la. Ai uma vez nós fomos juntos e ele descontou na pensão da neném (E5).

> Eu saí sem nada do casamento, ele ficou com tudo e me deixou várias contas atrasadas. Eu tive que começar minha vida do zero (E12).

Os relatos das participantes evidenciam que, como forma de punição e controle, seus parceiros as privaram do acesso a recursos financeiros, resultando em endividamento e em uma situação de instabilidade socioeconômica, agravada pelo contexto de vulnerabilidade no qual essas mulheres se encontravam.

A violência patrimonial representa uma das formas menos visibilizadas da violência de gênero. Essa prática costuma se manifestar, sobretudo, quando a mulher expressa o desejo de

romper o relacionamento, momento em que o agressor, por meio de punição ou coerção, destrói ou subtrai objetos pessoais, documentos ou bens da vítima e, em alguns casos, dos filhos (Brasil, 2006; Felix *et al.*, 2022).

Apesar dos avanços legislativos, como a promulgação da Lei Maria da Penha, a violência patrimonial permanece subnotificada e subestimada, acarretando graves impactos sobre a autonomia e a independência financeira das mulheres. A ausência de conhecimento acerca dos direitos legais e a falta de serviços especializados de acolhimento e suporte figuram entre as principais barreiras ao enfrentamento desse tipo de violência (Barroso; Silva; Paula, 2024).

O papel de dominação assumido pelo homem nos relacionamentos contribui significativamente para o agravamento dos conflitos conjugais, especialmente quando o parceiro adota uma postura de superioridade, tratando a mulher como sua propriedade (Teixeira, 2013).

É importante ressaltar que as repercussões da VPI durante e após a gravidez representam um fator de risco relevante para a saúde materna e neonatal. A literatura associa a VPI a desfechos negativos como aborto espontâneo, ruptura prematura de membranas, parto prematuro, aumento de complicações no trabalho de parto, maior incidência de cesarianas e hospitalizações, baixo peso ao nascer, natimortalidade e morte perinatal (Tran; Murray; Van Vo, 2022; Conceição; Coelho; Madeiro, 2021).

Considerando a complexidade que envolve a denúncia de parceiros íntimos, estudos apontam que fatores como dependência econômica e afetiva, constrangimento relacionado à denúncia e à percepção de fracasso conjugal, baixa escolaridade, presença de filhos pequenos e ausência de apoio social contribuem para que muitas mulheres permaneçam em relações abusivas sem recorrer aos órgãos competentes (Teixeira, 2013; Callou; Magalhães; Albuquerque, 2021).

A partir da década de 1990, diversos países implementaram legislações específicas com o objetivo de prevenir e erradicar a violência doméstica, assegurando os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Dentre esses países, destacam-se a Espanha, com a Lei Orgânica nº 1/2004; o Uruguai, com a Lei nº 17.514/2002; e o Chile, com a Lei nº 20.066/2005 (Silva, 2023).

No Brasil, a Lei nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, permanece em vigor e abrange todas as formas de violência contra a mulher no âmbito doméstico e familiar. Essa legislação prevê o endurecimento das punições para agressores e estabelece a

obrigatoriedade da implementação de políticas públicas de prevenção, assistência e proteção às vítimas, consolidando-se como um mecanismo fundamental de defesa dos direitos humanos das mulheres (Brasil, 2006; Drezett; Torres; Freite, 2024).

A identificação precoce da VPI oferece à mulher maiores possibilidades de romper o ciclo da violência e prevenir consequências negativas, tanto para a sua saúde quanto para o aleitamento materno e o bem-estar do bebê (Baquião *et al.*, 2022).

Estes dados estão em consonância com os achados do estudo de Baraldi *et al.* (2022) que apontam que as repercussões para a saúde materna de mulheres expostas à VPI são inúmeras, como baixa autoestima, abuso de tabaco e álcool, instabilidade emocional, insônia, angústia, pânico, desespero e impactos para a saúde materno-infantil, como a diminuição do tempo de aleitamento materno, pois a VPI gera impactos negativos na interação e cuidado com os filhos.

Ressalta-se que mesmo com os conflitos, a maioria das mulheres ainda permanece em relações abusivas por muitos anos. Quando elas optam por realizar a denúncia, muitas vezes, elas não possuem a intenção de romper com o relacionamento, mas sim de atenuar as situações de violência. Algumas se arrependem e voltam para o antigo relacionamento, se expondo novamente às situações de risco, que podem ser agravadas após o episódio de denúncia (Gomes *et al.*, 2022).

Além da agressão vivenciada no ambiente doméstico, muitas mulheres enfrentam uma nova forma de violência ao recorrerem aos serviços institucionais: a revitimização institucional**.** Profissionais do sistema judiciário e da saúde, muitas vezes, adotam condutas discriminatórias e preconceituosas e frequentemente responsabilizam a mulher pela violência vivenciada**.** Esse tipo de abordagem intensifica o sofrimento emocional da mulher e a desencoraja a realizar a denúncia (Macedo; Alves, 2025).

Diante desse contexto, torna-se fundamental que os profissionais de saúde, especialmente as enfermeiras que atuam na linha de frente das unidades de atendimento, recebam formação específica e continuada. Essa capacitação deve priorizar o atendimento humanizado, o respeito aos direitos humanos e o reconhecimento da complexidade que envolve as situações de violência de gênero (Cardoso; Biazotto, 2024; Santos *et al.*, 2022).

A enfermeira é a profissional que está presente nos níveis de atenção básica, média e alta complexidade, acompanhando a paciente desde a sua admissão até o desfecho da situação clínica. Essa presença contínua favorece o estabelecimento de vínculo, baseado na confiança, no afeto, na empatia e na ética profissional. Esses elementos são fundamentais para a criação

de um ambiente acolhedor, que possibilite a escuta qualificada e, consequentemente, a identificação precoce de casos de violência contra a mulher, especialmente em contextos de vulnerabilidade como o ciclo gravídico-puerperal (Souza *et al.*, 2024).

A violência contra a mulher ainda é pouco identificada nos serviços de saúde e frequentemente subnotificada, o que contribui para mascarar a real magnitude do problema (Melo *et al.*, 2022). Essa fragilidade pode ser explicada, em parte, pela falta de qualificação dos profissionais de saúde, especialmente das enfermeiras, no que se refere à identificação, notificação, encaminhamento e orientação adequada dos casos. Tal lacuna se deve à escassez da abordagem do tema nos cursos de graduação, à ausência de capacitações específicas, à insegurança profissional e ao medo de represálias, entre outros fatores (Santos *et al.*, 2022).

Os resultados deste estudo revelaram que cinco participantes permaneceram imersas no ciclo da violência, caracterizado pela repetição e continuidade das agressões. Nessas situações, é importante considerar que a violência não afeta apenas a mulher, mas pode também acarretar consequências negativas ao feto e ao neonato. Além disso, as agressões físicas e psicológicas impactam diretamente a saúde mental das mulheres, prejudicando seu bem-estar e qualidade de vida (Araújo *et al.*, 2023).

Diante desse cenário, torna-se essencial que as enfermeiras, principalmente aquelas que atuam no pré-natal, no acompanhamento puerperal e nas consultas de puericultura, compreendam o contexto social e familiar das mulheres. Essa compreensão é fundamental para a oferta de um cuidado integral, centrado nas necessidades individuais, que envolva não apenas orientações e encaminhamentos, mas também estratégias educativas voltadas ao empoderamento das mulheres e à identificação precoce de situações de violência por parceiro íntimo (VPI), que possam interferir negativamente na gestação e no aleitamento materno (Baquião *et al.*, 2022).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Estratégias de Saúde da Família (ESF) representam, na maioria dos casos, a principal porta de entrada para o acesso à saúde. Nesses espaços, é comum que as mulheres realizem o diagnóstico da gestação e iniciem o acompanhamento pré-natal. Nesse contexto, a atuação da enfermeira se mostra estratégica, pois possibilita o acolhimento, a investigação das condições sociais e das vivências conjugais, o fortalecimento do vínculo profissional e a prestação de um cuidado integral, que favoreça uma gestação, um parto e um período de amamentação mais seguros e saudáveis. Além disso, as enfermeiras podem contribuir para o rompimento do ciclo da violência, por meio de orientações

qualificadas e do encaminhamento das mulheres aos serviços especializados de proteção e apoio (Leite *et al.*, 2022).

Por fim, conclui-se que a violência intrafamiliar e a VPI constituem não apenas graves violações dos direitos humanos, mas também fatores de risco significativos para a interrupção do aleitamento materno. A sobrecarga emocional e os traumas decorrentes da violência de gênero ao longo da vida, sobretudo durante a gestação e o pós-parto, podem transformar o aleitamento em um processo doloroso e psicologicamente exaustivo, comprometendo o vínculo afetivo entre mãe e filho e afetando negativamente a saúde física e emocional do neonato.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa permitiu conhecer o universo das mulheres participantes e desvelar que o desmame precoce foi ocasionado por múltiplos fatores relacionados aos seus contextos biológico, social e familiar, com destaque para a ausência de suporte institucional e emocional, vulnerabilidade social, especialmente entre mulheres com baixa escolaridade e baixa renda e para a violência de gênero como um fator silencioso, mas presente no cotidiano das mulheres.

Os resultados revelaram que a maioria das participantes tinha entre 19 e 35 anos, com média de 29 anos, e residia no município de Teresópolis. Metade delas se autodeclarava branca e a outra metade, negra. Todas possuíam alguma religião, apresentavam baixa escolaridade e trabalhavam predominantemente no setor de serviços. Além disso, metade das entrevistadas possuía renda de até dois salários mínimos. Essas características são semelhantes às observadas em outros estudos nacionais, que indicam que mulheres com baixa escolaridade e baixa renda possuem menos acesso a informações e aos serviços de saúde que possibilitem conhecer os benefícios do AME para a mãe e o bebê. Esses fatores favorecem o desmame precoce, induzindo à introdução precoce de outros alimentos. A literatura corrobora e reforça que, quanto maior o conhecimento acerca dos benefícios do aleitamento materno, menores são as chances de introdução alimentar precoce e, consequentemente, de desmame.

Quanto à orientação sexual, todas as participantes eram heterossexuais e a maioria encontrava-se casada ou em união estável. De acordo com a literatura, mulheres casadas possuem maior probabilidade de manter o AME, em função do apoio e incentivo dos parceiros. Entretanto, neste estudo, a situação conjugal não se configurou como um fator de proteção, pois a maioria das participantes não recebeu o apoio necessário dos companheiros para se sentirem mais confiantes e superarem as dificuldades.

No que se refere ao perfil sexual e reprodutivo, a maioria das participantes era primípara, metade não utilizava métodos contraceptivos e a gestação não foi planejada. Esses achados corroboram outros estudos, que indicam que esses fatores podem influenciar negativamente o comportamento materno em relação à amamentação, especialmente quando a mulher não está aberta à perspectiva de ter um filho naquele momento.

No que diz respeito ao pré-natal, a maioria das participantes relatou ter realizado mais de seis consultas e ter recebido alguma informação sobre aleitamento materno. Esse dado destaca a necessidade de qualificar os profissionais de saúde, especialmente as enfermeiras, na perspectiva da promoção, proteção e apoio ao aleitamento. Essas profissionais devem estar

aptas a conhecer o contexto social e familiar das gestantes, desmistificar mitos e tabus e orientá-las, por meio de práticas educativas no pré-natal, com o objetivo de empoderá-las para vivenciar esse período de forma plena.

Considera-se que, além das questões sociodemográficas e da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, fatores biológicos, econômicos e sociais também repercutiram negativamente no processo do desmame precoce, tais como problemas anatômicos das mamas, a introdução de bicos artificiais, malformações dos bebês, complicações obstétricas, falta de apoio, retorno às atividades laborais e a vivência com os parceiros.

Em relação às questões anatômicas das mamas, observou-se que algumas mulheres possuíam mamilos invertidos e, por isso, não conseguiram amamentar plenamente. Estudos corroboram que mamilos planos ou invertidos dificultam a pega correta, sendo recomendado que essas mulheres busquem o apoio de profissionais qualificados para auxiliá-las na amamentação.

No que diz respeito à introdução de bicos artificiais, a maioria das entrevistadas utilizou chupetas e mamadeiras logo após o retorno da maternidade, e todas ofertaram fórmulas infantis aos seus filhos antes do sexto mês de vida. Sabe-se que a introdução de fórmulas infantis pode impactar negativamente na frequência e duração das mamadas, favorecendo o desmame precoce.

Outro aspecto a ser observado é que a maioria das entrevistadas associou o retorno às atividades laborais ao desmame precoce. Estudos corroboram que o retorno ao trabalho pode representar uma barreira à manutenção do AME, em razão da sobrecarga de tarefas, da ausência de locais apropriados para a ordenha do leite e da rigidez dos horários. Soma-se a isso o fato de que, no Brasil, a licença-maternidade é de apenas 120 dias, período em que a criança ainda deveria estar em aleitamento materno exclusivo. Assim, a mudança na rotina, com o retorno ao trabalho, contribui para a redução da produção de leite materno, devido à menor frequência das mamadas, associada à introdução de fórmulas artificiais, o que favorece o desmame precoce.

Em relação às malformações dos bebês, uma das entrevistadas relatou que seu filho nasceu com anquiloglossia, o que retardou o início do aleitamento materno. Estudos demonstram que essa anomalia congênita compromete os movimentos fisiológicos da língua, causando dificuldade na pega correta, traumas mamilares, dor no mamilo e baixo ganho de peso.

É importante ressaltar o papel da rede de apoio social para o sucesso da amamentação. No presente estudo, observou-se que metade das participantes possuía uma rede de apoio

composta por familiares e amigos do ambiente de trabalho. No entanto, o desmame precoce ocorreu por outros fatores, como o retorno ao trabalho, a introdução de fórmulas infantis e os fatores socioeconômicos.

Para algumas, o ambiente hostil ocorreu na infância e/ou adolescência, perpetrado por pais, padrastos ou primos. Para outras, a violência ocorreu nas relações com parceiros íntimos. Essa situação evidencia que o espaço onde habitam é hostil e perverso, uma vez que foram, e algumas ainda são, machucadas, estupradas e humilhadas das mais diversas formas por pessoas próximas

No que se refere à violência de gênero vivenciada por seis participantes, os resultados revelaram um cenário preocupante ao longo de suas trajetórias de vida, especialmente durante a gestação. Cinco delas viviam, ou ainda viviam no momento da entrevista, com parceiros íntimos que as agrediam de diversas formas. Ressalta-se que uma das mulheres relatou ter vivenciado violência desde a infância e adolescência, indicando que esteve permanentemente inserida em um ambiente violento e prejudicial. Trata-se de uma situação alarmante, uma vez que o contexto de violência intrafamiliar expõe as crianças ao risco de desenvolverem problemas comportamentais e emocionais no futuro, além de contribuir para a naturalização desse fenômeno. Esse tipo de violência está diretamente relacionado às desigualdades de gênero que se manifestam no interior do núcleo familiar.

Outro fator que se destacou foi a presença da violência física e sexual na vida de algumas participantes, especialmente durante a gestação. De acordo com a literatura, trata-se de um grave problema de saúde pública, uma vez que a violência não atinge apenas a mulher, podendo resultar em consequências negativas para o feto e o recém-nascido.

Nesse sentido, os resultados desta pesquisa corroboram essa afirmativa ao revelar que as participantes apresentaram intercorrências obstétricas, tais como amniorexe prematura, sangramentos vaginais e parto prematuro. Soma-se a essas consequências o desmame precoce. Estudos alertam que a violência física e sexual perpetrada contra mulheres durante a gestação e o pós-parto gera estresse, medo e insegurança, impactando diretamente na produção láctea.

Além das implicações para a saúde materna e neonatal, chama a atenção o fato de algumas mulheres não identificarem o ato sexual indesejado dentro do casamento como uma forma de violência de gênero. Esse dado reforça as desigualdades de poder entre homens e mulheres, além de evidenciar o desconhecimento acerca dos direitos sexuais e reprodutivos.

As violências moral, patrimonial e psicológica também estiveram presentes na vida dessas mulheres. Essas formas de violência, por não deixarem marcas visíveis no corpo,

atingem diretamente a autoestima feminina e são frequentemente difíceis de serem reconhecidas pelas próprias vítimas. Além disso, a instabilidade socioeconômica gerada pela violência patrimonial, que priva a mulher de condições básicas de sobrevivência, gera medo e estresse, fatores que também repercutem negativamente no processo do aleitamento materno.

Destaca-se a situação de uma participante, em especial, que vivenciou todas as formas de violência ao longo da vida e, mesmo tendo rompido o relacionamento com o parceiro agressor, o ciclo de violência ainda se perpetuava.

Conclui-se que todas as formas de violência de gênero vivenciadas pelas mulheres ao longo da vida, especialmente durante o período gestacional e pós-parto, afetam negativamente o aleitamento materno exclusivo. Lesões físicas, sofrimento psíquico, estresse, ansiedade, depressão e até mesmo o ato de sucção do bebê podem desencadear lembranças da violência, o que pode dificultar ou inviabilizar a prática do aleitamento.

Esses achados ressaltam a importância das enfermeiras e de outros profissionais de saúde atuarem nos diversos cenários do período perinatal, incluindo o pré-natal, maternidades e o acompanhamento no puerpério, com foco no acolhimento, na escuta ativa, no apoio emocional e no esclarecimento de dúvidas sobre os diferentes momentos da gestação, parto, pós-parto e aleitamento materno. Também se destaca a necessidade de qualificação contínua desses profissionais, para que sejam capazes de identificar precocemente sinais físicos e comportamentais de violência de gênero, criar vínculo, promover um ambiente seguro e acolhedor, favorecer o rompimento do ciclo de violência, reduzir os riscos obstétricos, empoderar as mulheres sobre seus direitos e deveres e, consequentemente, incentivar o aleitamento materno. Garantir o aleitamento materno não é responsabilidade exclusiva da mulher, mas um compromisso coletivo que envolve estado, profissionais e comunidade.

O número reduzido de participantes e o foco local ser uma cidade pequena localizada na região serrana do Rio de Janeiro limitou a generalização dos dados e pode ser considerado uma limitação para o estudo.

Por fim, é importante considerar que os fatores que determinam o desmame precoce fazem parte de uma dinâmica social complexa, na qual enfermeiras e outros profissionais de saúde, atuando nos diversos cenários do período perinatal como pré-natal, maternidades e consultórios de puerpério devem interagir de forma integrada e interdisciplinar na busca por soluções. Assim, o acolhimento, o estabelecimento de vínculo, o conhecimento do contexto social, econômico e familiar e a abordagem individualizada constituem aspectos fundamentais do cuidado de enfermagem oferecido às mulheres lactantes, especialmente no que se refere à

prevenção do desmame precoce. Ressalta-se ainda que esses profissionais devem estar preparados para reconhecer casos de violência de gênero e orientar as mulheres na busca por soluções que possibilitem o rompimento do ciclo de violência, reduzindo as repercussões negativas à saúde materna e neonatal.

REFERÊNCIAS

ALI, F. *et al.* Time to cessation of exclusive breastfeeding and associated factors among women with children aged 6–24 months in Kilimanjaro region, northern Tanzania: a community-based cross-sectional study. **PLoS One,** v. 16, n. 10, e0259041, 2021. DOI: 10.1371/journal.pone.0259041. Disponível em: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0259041. Acesso em: 20 set. 2023.

ALMEIDA, L. M. N. *et al.* A influência do retorno ao trabalho no aleitamento materno de trabalhadoras da enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 26, e20210183, 2022. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2021-0183. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0183. Acesso em: 23 set. 2023.

ALVES, F. N. *et al.* Impacto do método canguru sobre o aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4509-4520, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.29942018. Acesso em: 15 dez. 2024.

ALVES, L. R. S. Assistência do enfermeiro diante das dificuldades enfrentadas por primíparas no aleitamento materno. **Brazilian Journal of Health Review,** Curitiba, v. 7, n. 1, p. 472-487, jan./fev. 2024. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/377388979_Assistencia_do_enfermeiro_diante_das_dificuldades_enfrentadas_por_primiparas_no_aleitamento_materno. Acesso em: 15 jan. 2025.

ALVES, Y. R. *et al.* A amamentação sob a égide de redes de apoio: uma estratégia facilitadora. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, e20190017, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0017. Acesso em: 28 nov. 2024.

ARAÚJO, G. A. *et al.* Violência por parceiro íntimo na gestação e repercussão na saúde da mulher e do concepto. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, Rio de Janeiro, v. 97, n. 1, e023047, 2023. Disponível em: https://mail.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1514. Acesso em: 2 maio 2025.

ARAÚJO, S. C. *et al.* Intervening factors of early weaning during exclusive breastfeeding. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, p. 1-8, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.25248/reas.e6882.2021. Acesso em: 3 out. 2024.

ARAUJO, S. G. *et al.* Gravidez e violência doméstica no contexto da atenção básica. **Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos**, Campos dos Goytacazes, v. 18, n. 2, p. 22-26, jul./dez. 2023. Disponível em: https://doi.org/10.29184/1980-7813.rcfmc.668.vol.18.n2.2023. Acesso em: 14 maio 2025.

ARISTIZÁBAL, L. Y. G.; THEME FILHA, M. M. Physical violence against women by their intimate partner during pregnancy and its relationship with breastfeeding. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 22, n. 2, p. 247–255, abr. 2022. DOI: 10.1590/1806-9304202200020004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/PpSrDzwxNNw9BYQsRbmQCyJ/. Acesso em: 20 maio 2025.

ARIYO, T.; JIANG, Q. Intimate partner violence and exclusive breastfeeding of infants: analysis of the 2013 Nigeria demographic and health survey. **International Breastfeeding Journal**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 15, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s13006-021-00361-9. Acesso em: 13 mar. 2025.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370 p.

BAQUIÃO, L. S. M. *et al.* Influência da violência perpetrada por parceiro íntimo na prática do aleitamento materno. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, e18111124493, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i1.24493. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24493. Acesso em: 14 abr. 2025.

BARALDI, N. G. *et al.* Exclusive breastfeeding in a context of intimate partner violence in Brazil. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, e54611427411, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i4.27411. Disponível em: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27411. Acesso em: 13 abr. 2025.

BARBOSA, M. *et al.* Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creches. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 272-281, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rpp/a/ZT89Bzf93yH3Tyy7GgB7vJz/?lang=pt. Acesso em: 14 maio 2024.

BARBOSA, V. R. A. *et al.* Impactos psicossociais da revitimização da mulher em situação de violência sexual. **Lumen et Virtus**, São José dos Pinhais, v. 15, n. 38, p. 1422-1433, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.56238/levv15n38-090. Acesso em: 13 abr. 2025.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, F. C.; CASELLI, V. M.; POLUBRIAGINOF, C. Violência doméstica na gestação. **Perspectivas em Medicina Legal e Perícias Médicas**, [s. l.], v. 7, e22010, 2022. Disponível em: https://dx.doi.org/10.47005/220101. Acesso em: 13 abr. 2025.

BARROSO, N. C. P. F.; SILVA, S. C. C. S.; PAULA, B. R. A violência patrimonial na relação de gênero: desafios e perspectivas de enfrentamento. **Facit Business and Technology Journal**, v. 1, n. 55, 2024. Disponível em: https://revistas.faculdadefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/3048/2080. Acesso em: 14 abr. 2025.

BATISTA, M. K. B.; GOMES, W. S.; VILLACORTA, J. A. M. Abuso sexual contra crianças: construindo estratégias de enfrentamento na Atenção Primária à Saúde em um município da região metropolitana do Recife. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 5, p. 208-220, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042022E517. Acesso em: 18 fev. 2024.

BETTINELLI, M. E. *et al.* ABM Position Statement: Paid Maternity Leave—Importance to Society, Breastfeeding, and Sustainable Development. **Breastfeeding Medicine**, v. 19, n. 3, p. 141–151, mar. 2024. DOI: 10.1089/bfm.2024.29266.meb. Disponível em: https://doi.org/10.1089/bfm.2024.29266.meb. Acesso em: 8 out. 2024.

BICALHO, C. V. *et al.* Dificuldade no aleitamento materno exclusivo no alojamento conjunto: revisão integrativa. **Audiology – Communication Research**, São Paulo, v. 26, e2471, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2317-6431-2021-2471. Acesso em: 20 jan. 2025.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Parto seguro**. João Pessoa: Hospital Universitário Júlio Bandeira – HUJB/UFCG, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hujb-ufcg/comunicacao/noticias/parto-seguro. Acesso em: 21 jan. 2025.

BRASIL. **Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Dispõe sobre a criação de mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. Brasília, 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 25 ago. 2024.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. Brasília, DF, 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 25 ago. 2011.

BRASIL. **Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008**. Institui o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 10 set. 2008. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11770.htm. Acesso em: 18 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aleitamento materno: a estratégia mais eficaz na promoção da saúde infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/aleitamento-materno-a-estrategia-mais-eficaz-na-promocao-da-saude-infantil. Acesso em: 1 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianca_brasileira_versao_resumida.pdf. Acesso em: 19 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 180 p. Disponível em: https://central3.to.gov.br/arquivo/494643/. Acesso em: 20 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da criança:** aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acesso em: 15 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 184 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acesso em: 15 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde; Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 52/2023 - SAPS/SAES/MS: Recomendações para identificação precoce e manejo da anquiloglossia (freio lingual curto) em lactentes na Rede de Atenção à Saúde do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/notas-tecnicas/nota-tecnica-52-2023-anguiloglossia.pdf. Acesso em: 18 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. 73 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_profissionais_saude_1ed.pdf. Acesso em: 18 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf. Acesso em: 3 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Brasília: MDS, 2018. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/brasil_amigo_pesso_idosa/agenda2030.pdf. Acesso em: 17 jun. 2025.

BRÁULIO, T. I. C. *et al.* Conhecimento e atitudes paternas acerca da importância do aleitamento materno. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 25, n. 4, e20200473, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0473. Acesso em: 18 fev. 2025.

CALLOU, R. C. M.; MAGALHÃES, B. C.; ALBUQUERQUE, G. A. Violência doméstica: construções, repercussões e manutenção. **Saúde.com**, [s. l.], v. 17, n. 2, p. 2191-2202, 2021. Disponível em: https://www.doi.org/10.22481/rsc.v17i2.7528. Acesso em: 13 abr. 2025.

CARDOSO, I. P.; BIAZOTTO, S. L. R. de O. A revitimização de mulheres vítimas de violência doméstica. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, São Paulo, v. 7, n. 14, p. e141212, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.55892/jrg.v7i14.1212. Acesso em: 13 abr. 2025.

CARVALHO, M. E. S. *et al.* Influência da rede de apoio social na promoção do aleitamento materno: percepção das nutrizes. **Revista de APS**, v. 26, e262340146, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.34019/1809-8363.2023.v26.40146. Acesso em: 15 jan. 2025.

CARVALHO, M. E. S. *et al.* Influência da rede de apoio social na promoção do aleitamento materno: percepção das nutrizes. **Revista de APS (Online)**, v. 26, e262340146, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.34019/1809-8363.2023.v26.40146. Acesso em: 28 nov. 2024.

CAVAGNOLLI, R.; MACHADO, E. A influência do alcoolismo na dinâmica da violência doméstica: uma revisão integrativa. **Cadernos Acadêmicos Unina**, [s. l.], v. 4, n. 2, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.51399/cau.v4i2.90. Acesso em: 13 abr. 2025.

CAVALCANTI, N. B.; SILVA, A. C. M.; NASCIMENTO, J. W. A. Fatores associados ao desmame precoce no Brasil: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, e58010111630, 2021. Disponível em: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11630. Acesso em: 21 out. 2023.

CECAGNO, D. *et al.* Participação do pai no aleitamento materno exclusivo/Father's participation in exclusive breastfeeding. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 9, e10681, mar./dez. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.26694/reufpi.v9i0.10681. Acesso em: 20 dez. 2024.

CODIGNOLE, S. E. *et al.* Fatores que levam ao desmame precoce durante a amamentação. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [s. l.], v. 16, e22101623085, 2021. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/23085. Acesso em: 18 jun. 2025.

CONCEIÇÃO, F. O. V. de A. *et al.* Factors associated with early weaning in the human milk bank of a university hospital. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 23, e20210450, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1806-9304202300000450. Acesso em: 18 jun. 2025.

CONCEIÇÃO, H. N.; COELHO, S. F.; MADEIRO, A. P. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo na gestação em Caxias, Maranhão, 2019-2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 30, n. 2, e2020848, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000200012. Acesso em: 9 abr. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Cuidado e apoio às mulheres fortalecem a amamentação. 2022. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/cuidado-e-apoio-as-mulheres-fortalecem-a-amamentacao/. Acesso em: 28 nov. 2024.

CORDEIRO, F. de N. C. dos S. *et al.* Estudos descritivos exploratórios qualitativos: um estudo bibliométrico. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 6, n. 3, p. 11670–11681, maio/jun. 2023. DOI: 10.34119/bjhrv6n3-259. Disponível em: https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-259. Acesso em: 7 jun. 2023.

DEIF, R. *et al.* Dysphoric Milk Ejection Reflex: The Psychoneurobiology of the Breastfeeding Experience. **Frontiers in Global Women's Health**, v. 2, p. 669826, out. 2021. DOI: 10.3389/fgwh.2021.669826. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fgwh.2021.669826. Acesso em: 15 mar. 2025.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, e00190418, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00190418. Acesso em: 20 jun. 2025.

DREZETT, J.; TORRES, J. H. R.; FREITE, F. F. S. Violência contra a mulher durante a gestação: entre a invisibilidade do fenômeno e os desafios da responsabilização do agressor. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, São Paulo, v. 202, p. 221-245, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.5281/zenodo.10724938. Acesso em: 17 fev. 2025.

EMMOTT, E. H.; PAGE, A. E.; MYERS, S. Typologies of postnatal support and breastfeeding at two months in the UK. **Social Science & Medicine**, [s. l.], v. 246, 112791, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112791. Acesso em: 15 jan. 2025.

FARIAS, A. E. M. Violência moral sofrida pelas mulheres e a importância do acompanhamento psicológico. **Revista FT**, [s. l.], v. 28, n. 137, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.69849/revistaft/th10248091554. Acesso em: 11 mar. 2025.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. **FPS N9 – Trauma e gestação**. São Paulo, 2023. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/pec/FPS---N9---Outubro-2023---portugues-2-1.pdf. Acesso em: 2 maio 2025.

FELIX, V. C. *et al.* Ambiente externo da mulher e sífilis congênita à luz da Teoria da Conservação de Levine. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, e64047, 2022. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/64047. Acesso em: 11 mar. 2025.

FERREIRA, D. S. Consequências do abuso sexual contra crianças e adolescentes. **Revista de Vitimologia e Justiça Restaurativa**, São Paulo, v. 2, n. 1, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.58725/rivjr.v2i1.64. Acesso em: 9 abr. 2025.

FERREIRA, E. P. P.; CABEÇAS, M. J. M. Violência doméstica e aleitamento materno no primeiro ano de vida. **Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 42, p. 3–17, jan. 2024. DOI: 10.24276/rrecien2024.14.42.317. Disponível em: https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/816. Acesso em: 15 mar. 2025.

FERREIRA, T. M. *et al.* O efeito conjunto de gemelaridade e prematuridade no aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, e72201, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.72201. Acesso em: 14 dez. 2024.

FIGUEIREDO, A. C. B. *et al.* Aleitamento materno de prematuros: revisão integrativa de 2015 a 2020. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 2, e22011225301, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25301. Acesso em: 14 dez. 2024.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024. Disponível em: https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/253. Acesso em: 25 fev. 2024.

GABAY, Z. P.; GONDWE, K. W.; TOPAZ, M. Predicting Risk for Early Breastfeeding Cessation in Israel. **Maternal and Child Health Journal**, v. 26, n. 6, p. 1261–1272, dez. 2021. DOI: 10.1007/s10995-021-03292-3. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10995-021-03292-3. Acesso em: 5 set. 2023.

GEORGESCU, T. *et al.* The prolactin family of hormones as regulators of maternal mood and behavior. **Frontiers in Global Women's Health**, v. 2, sec. Women's Mental Health, p. 767467, nov. 2021. DOI: 10.3389/fgwh.2021.767467. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fgwh.2021.767467. Acesso em: 8 out. 2024.

GIFF, S. T. *et al.* Examining relationships among alcohol use disorder, child caretaking, and intimate partner violence in high-risk couples. **Journal of Family Violence**, [s. l.], v. 39, n. 2, p. 123–134, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10896-024-00696-x. Acesso em: 29 abr. 2025.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2022.

GOMES, N. P. *et al.* Permanência de mulheres em relacionamentos violentos: desvelando o cotidiano conjugal. **Cogitare Enfermagem**, [s. l.], v. 27, e78904, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.78904. Acesso em: 9 abr. 2025.

GOMES, S. R. de M.; SILVA, M. S. S.; MOTTA, A. R.; LAS CASAS, E. B. de; FURLAN, R. M. M. M. Fatores relacionados ao desmame precoce em bebês nascidos a termo em uma maternidade pública. **Códas**, São Paulo, v. 36, n. 5, e20240030, 2024. DOI: 10.1590/2317-1782/20242024030pt. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2317-1782/20242024030pt. Acesso em: 3 jun. 2025.

GONÇALVES, Z. A. Fatores associados ao desmame precoce: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 5, e29511528048, 2022. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28048. Acesso em: 18 set. 2023.

GOURSAND, D. *et al.* Abordagem cirúrgica x abordagem a laser no tratamento da Anquiloglossia: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Revisão de Saúde**, [s. l.], v. 6, p. 24952–24960, 2022. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/55571. Acesso em: 18 jun. 2025.

GUERRA, A. de L. e R. *et al.* Pesquisa qualitativa e seus fundamentos na investigação científica. **Revista de Gestão e Secretariado**, v. 15, n. 7, p. e4019, 2024. Disponível em: https://ojs.revistagesec.org.br/secretariado/article/view/4019. Acesso em: 11 jun. 2025.

GUO, C. *et al.* Associations between intimate partner violence and adverse birth outcomes during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Frontiers in Medicine**, [s. l.], v. 10, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1140787. Acesso em: 25 maio 2025.

HENRIQUES, C. G. P.; DUTRA-THOMÉ, L.; ROSA, E. M. Violência emocional intrafamiliar contra crianças e adolescentes e suas repercussões: uma revisão sistemática de literatura. **Psico**, [s. l.], v. 53, n. 1, e39085, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.15448/1980-8623.2022.1.39085. Acesso em: 29 abr. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2022: identificação étnico-racial da população. Resultados do Universo**. Brasília, DF: IBGE, 2023. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/22827-censo-demografico-2022.html. Acesso em: 21 jun. 2025.

IOPP, P. H.; MASSAFERA, G. I.; BORTOLI, C. F. C. A atuação do enfermeiro na promoção, incentivo e manejo do aleitamento materno. **Enfermagem em Foco**, [s. l.], v. 14, e-202344, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.21675/2357-707X.2023.v14.e-202344. Acesso em: 28 nov. 2024.

KALIL, I. R.; AGUIAR, A. C. Aquilo que a amamentação retira e o desmame restaura: relatos maternos sobre tensionamentos e materiais de comunicação e informação em saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 597–613, jul.–set. 2021. DOI: 10.29397/reciis.v15i3.2328. Disponível em: https://doi.org/10.29397/reciis.v15i3.2328. Acesso em: 15 mar. 2025.

LEÃO, G. N. C. *et al.* Fatores associados ao desmame precoce do aleitamento materno: uma revisão. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 7, e11811727943, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.27943. Acesso em: 15 jan. 2025.

LEITE, B. L. P. *et al.* Identificação e conduta de enfermeiros frente à violência por parceiro íntimo a mulher grávida. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 3, e53811326811, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26811. Acesso em: 23 maio 2025.

LIMA, R. N. de A. *et al.* Benefícios da frenotomia lingual no aleitamento materno. **Revista Brasileira de Revisão de Saúde**, [s. l.], v. 2, p. 4698–4706, 2023. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/57752. Acesso em: 18 jun. 2025.

LOPES, L. R. Violência intrafamiliar: suas formas e consequências. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, [s. l.], v. 5, n. 5, p. 161–173, 2021. Disponível em: https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/violencia-intrafamiliar. Acesso em: 13 mar. 2025.

LUSTOSA, E.; LIMA, R. Importância da enfermagem frente à assistência primária ao aleitamento materno exclusivo na atenção básica. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, [s. l.], 2020. Disponível em: https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/96/89. Acesso em: 21 maio 2024.

MACEDO, A. A. de; ALVES, M. E. A. de S. dos S. Entre a violência e o Estado: a revitimização institucional de mulheres no Brasil. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, São Paulo, v. 8, n. 18, p. e082143, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.55892/jrg.v8i18.2143. Acesso em: 18 jun. 2025.

MACEDO, A. B. Causas do desmame precoce em lactentes: uma revisão integrativa. **Femina**, [s. l.], v. 50, n. 7, p. 435–443, 2022. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/10/1397872/femina-2022-507-435-443.pdf. Acesso em: 13 mar. 2025.

MACEDO, D. C. F. S. *et al.* Assimilação de puérperas sobre práticas educativas em aleitamento materno durante o pré-natal: assimilation by puerperal. **Revista Baiana de Enfermagem**, [s. l.], v. 36, 2022. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/46765. Acesso em: 28 nov. 2024.

MACEDO, R. T. B. *et al.* Reflexos da violência na infância que exacerbam na vida adulta. **Revista Recien – Revista Científica de Enfermagem**, [s. l.], v. 15, n. 43, p. 59–67, 2025. Disponível em: https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/914. Acesso em: 14 maio 2025.

MACHADO, D. F.; CASTANHEIRA, E. R. L.; ALMEIDA, M. A. S. de. Interseções entre socialização de gênero e violência contra a mulher por parceiro íntimo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 5003–5012, out. 2021. DOI: 10.1590/1413-812320212611.3.02472020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.02472020. Acesso em: 10 mar. 2025.

MACHADO, L. B.; ANDRES, S. C.; MORESCHI, C. O papel do enfermeiro no Alojamento Conjunto na promoção do aleitamento materno. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [s. l.], v. 1, e57410112266, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.12266. Acesso em: 20 jun. 2025.

MARTINS, H. K. P. *et al.* Conhecimento de universitárias sobre o uso do preservativo feminino. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [s. l.], v. 12, n. 7, e16412742692, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.33448/rsd-v12i7.42692. Acesso em: 15 jan. 2025.

MELO, E. A. *et al.* Mulheres em situação de violência: reflexões sobre a atuação da enfermagem. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [s. l.], v. 96, n. 40, e021322, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.40-art.1522. Acesso em: 19 maio 2025.

MENDES, F. H. S. *et al.* Fatores associados à manutenção e interrupção do aleitamento materno exclusivo: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 13, n. 2, e2913244962, 2024. Disponível em: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v13i2.44962. Acesso em: 15 jan. 2025.

MENDES, F. S. *et al.* Dificuldades encontradas pelas mães em relação ao aleitamento materno nos primeiros dias de puerpério. **Europub Journal of Health Research**, v. 3, n. 1, p. 31–54, 2022. DOI: 10.54747/ejhrv3n1-003. Disponível em: https://doi.org/10.54747/ejhrv3n1-003. Acesso em: 3 jun. 2025.

MENGESHA, E. W. *et al.* Parental experiences in neonatal intensive care unit in Ethiopia: a phenomenological study. **Annals of Medicine**, [s. l.], v. 54, n. 1, p. 121–131, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1080/07853890.2021.2004320. Acesso em: 28 nov. 2024.

MEZZAVILLA, R. S. *et al.* Violência entre parceiros íntimos, oferta de leite materno, substitutos e uso de mamadeiras no primeiro ano de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1964–1995, maio 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021265.10012019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.10012019. Acesso em: 5 set. 2023.

MINAYO, M. C. de S. Profundas raízes de uma árvore frondosa: fundamentos e diversidade em pesquisa qualitativa. *In*: COSTA, A. P.; SÁNCHEZ-GÓMES, M. C.; CILLEROS, M. V. (Orgs.). **A prática na investigação qualitativa: exemplos de estudos**. Oliveira de Azeméis: Ludomedia, 2017. p. 5–11.

MINEIRO, M.; SILVA, M. A. A.; FERREIRA, L. G. Pesquisa qualitativa e quantitativa: imbricação de múltiplos e complexos fatores das abordagens investigativas. **Revista Momento – diálogos em educação**, v. 31, n. 3, p. 201–218, set./dez. 2022. DOI: 10.14295/momento.v31i03.14538. Disponível em: https://doi.org/10.14295/momento.v31i03.14538. Acesso em: 10 jun. 2025.

MIRANDA, V. I. A. *et al.* Violência por parceiro íntimo na gestação e qualidade de vida no Sul do Brasil: um estudo transversal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 33, e2023993, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S2237-96222024v33e2023993.en. Acesso em: 19 maio 2025.

MIURA, P. O.; MEDEIROS, A. D. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: metassíntese dos grupos de pesquisa/CNPq. **Boletim da Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 41, n. 101, p. 245–256, dez. 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2021000200011. Acesso em: 11 mar. 2025.

MONTEIRO, C. da S. *et al.* O déficit de conhecimento das nutrizes com o aleitamento materno exclusivo. **Revista Contemporânea**, v. 4, n. 12, p. e6805, 2024. DOI: 10.56083/RCV4N12-024. Disponível em: https://doi.org/10.56083/RCV4N12-024. Acesso em: 3 jun. 2025.

MORÉ, C. L. O. O.; KRENKEL, S. **Violência por parceiro íntimo no contexto familiar**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13947/1/MOOC-ViolFamiliar.pdf. Acesso em: 1 jun. 2025. Autoria confirmada: Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré e Scheila Krenkel

MUSA, A.; CHOJENTA, C.; LOXTON, D. The association between intimate partner violence and low birth weight and preterm delivery in eastern Ethiopia: findings from a facility-based study. **Midwifery**, [s. l.], v. 92, p. 102869, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102869. Acesso em: 2 maio 2025.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. Em 22% dos países, não existe lei contra estupro dentro do casamento, diz relatório do Fundo de População das Nações Unidas. **ONU Brasil**, 17 abr. 2021. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/124845-em-22-dos-pa%C3%ADses-n%C3%A3o-existe-lei-contra-estupro-dentro-do-casamento-diz-relat%C3%B3rio-do-fundo-de. Acesso em: 2 maio 2025.

NETO, W. F. N.; REZENDE, M. G. C.; CARVALHO, C. S. O abuso sexual infantil e a cultura do silêncio: machismo, racismo e adultocentrismo em questão. **Periódicus**, Salvador, v. 2, n. 16, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.9771/peri.v2i16.34866. Acesso em: 17 fev. 2025.

OLIVEIRA, A. C. S. Papel do profissional da enfermagem no aleitamento materno: uma revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 6, e17312642197, 2023. Disponível em: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i6.42197. Acesso em: 22 mar. 2025.

OLIVEIRA, A. S. L. A. de *et al.* Violência psicológica contra a mulher praticada por parceiro íntimo: estudo transversal em uma área rural do Rio Grande do Sul, 2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 30, n. 4, e20201057, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000400017. Acesso em: 19 maio 2025.

OLIVEIRA, J. A. de *et al.* A participação do pai no aleitamento materno: uma rede de apoio. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 2, e19311225338, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25338. Acesso em: 28 nov. 2024.

OLIVEIRA, L. V. B.; PACHÚ, C. O. A correlação entre o abuso do álcool e a violência por parceiro íntimo (VPI): uma revisão integrativa. **Mosaico – Revista Multidisciplinar de Humanidades**, Vassouras, v. 13, n. 1, p. 25–33, jan./abr. 2022. Disponível em: https://doi.org/10.21727/rm.v13i1.3077. Acesso em: 22 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. OMS: 1 bilhão de crianças sofrem violência e menos de 10% recebem ajuda. 2024. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2024/11/1840356. Acesso em: 12 fev. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **OPAS destaca a importância de participação de toda sociedade na promoção do aleitamento materno**. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/29-7-2021-opas-destaca-importancia-participacao-toda-sociedade-na-promocao-do-aleitamento#:~:text=Bras%C3%ADlia%2C%2029%20de%20julho%20de…. Acesso em: 10 set. 2023.

PALHETA, Q. A. F.; AGUIAR, M. de F. R. Importância da assistência de enfermagem para a promoção do aleitamento materno. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, [s. l.], v. 8, e5926, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.25248/reaenf.e5926.2021. Acesso em: 14 dez. 2024.

PEREIRA, M. A. A. *et al*. Repercussões da violência obstétrica no processo de amamentação: análise sob a ótica racial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 37, eAPE00774, 2024. Disponível em: http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO000007. Acesso em: 01 jul. 2025.

PEREIRA, R. de S. *et al.* Fatores que influenciam o desmame precoce. **RBONE – Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, [s. l.], v. 16, n. 102, p. 487–499, 2022. Disponível em: https://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/2049. Acesso em: 15 jan. 2025.

PONTES, A. F. *et al.* O impacto da hospitalização na criança e na família. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 12, e111111234161, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34161. Acesso em: 28 nov. 2024.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental.** 13. ed. Rio de Janeiro: Shalom Treinamentos, 2023. Disponível em: https://shalomtreinamentos.com.br/wp-content/uploads/2023/06/Rezende-Obstetricia-Fundamental-13_a-edicao.pdf. Acesso em: 17 jun. 2025.

RIBEIRO, M. C.; COSTA, J. S. O papel da educação na prevenção da violência contra crianças e adolescentes. **Revista Direito em Foco**, [s. l.], n. 15, 2023. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2023/06/Viole%CC%82ncia-contra-ECA-Aluna-Juliana-Costa-e-Prof.-Marcelo-Ribeiro.pdf. Acesso em: 20 maio 2025.

RIBEIRO, M. R. C. *et al.* Recurrent violence, violence with complications, and intimate partner violence against pregnant women and breastfeeding duration. **Journal of Women's Health**, [s. l.], v. 30, n. 7, p. 979–989, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8378. Acesso em: 2 maio 2025.

ROCHA, A. F.; GOMES, K. R. O.; RODRIGUES, M. T. P. Impacto da intenção de engravidar sobre a amamentação na primeira hora pós-parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 4077–4086, set. 2020. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n10/4077-4086/pt/. Acesso em: 21 jan. 2025.

RODRIGUES, J. I. B.; FERNANDES, S. M. G. C.; MARQUES, G. F. dos S. Preocupações e necessidades dos pais de crianças hospitalizadas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 2, e190395, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190395. Acesso em: 28 nov. 2024.

RODRIGUES, T. D. F. F.; OLIVEIRA, G. S.; SANTOS, J. A. As pesquisas qualitativas e quantitativas na educação. **Revista Prisma**, v. 2, n. 1, p. 154–174, 25 dez. 2021. Disponível em: https://revistaprisma.emnuvens.com.br/prisma/article/view/49/41. Acesso em: 30 out. 2024.

ROLLINS, N. C. *et al.* Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? **Lancet**, London, v. 387, n. 10017, p. 491–504, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2. Acesso em: 3 jun. 2025.

SAKALIDIS, V. S.; REA, A.; PERRELLA, S. L. *et al.* Longitudinal changes in wellbeing amongst breastfeeding women in Australia and New Zealand during the COVID-19 pandemic. **European Journal of Pediatrics**, v. 181, n. 10, p. 3753–3766, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00431-022-04580-y. Acesso em: 8 out. 2024.

SANTOS, D. G. *et al.* Atendimento de enfermagem às mulheres em situação de violência sexual: representações sociais de enfermeiros. **Cogitare Enfermagem**, [s. l.], v. 27, e79138, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.79138. Acesso em: 20 maio 2025.

SANTOS, L. D. F. dos; QUIXADÁ, L. M. Violência psicológica intrafamiliar: considerações psicanalíticas sobre crianças que vivenciam esse trauma. **Revista Subjetividades**, [s. l.], v. 22, n. 3, 2023. Disponível em: https://ojs.unifor.b__r/rmes/article/view/11971. Acesso em: 14 maio 2025.

SANTOS, M. R. A. A. *et al.* Alterações morfológicas mamárias e seu impacto frente à amamentação: uma revisão integrativa. **Revista Contemporânea**, [s. l.], v. 4, n. 7, e5132, 2024. Disponível em: https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/5132. Acesso em: 15 jan. 2025.

SANTOS, M. V. dos *et al.* Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no espaço prisional: uma scoping review. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 2689–2702, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.19432021. Acesso em: 3 jun. 2025.

SANTOS, V. L. *et al.* Fatores sociodemográficos e obstétricos associados à interrupção do aleitamento materno até 45 dias pós-parto: estudo de coorte maternar. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 21, n. 2, p. 575–586, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1806-93042021000200013. Acesso em: 20 jan. 2025.

SILVA, J. R. T. As condições discursivas de (in)determinação do "agressor de mulheres" na justiça penal. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [s. l.], v. 38, n. 111, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/3811020/2023. Acesso em: 15 mar. 2025.

SILVA, M. D. B. *et al.* O efeito do risco ao nascer na duração e exclusividade da amamentação: um estudo de coorte em um centro de referência brasileiro para neonatos e bebês de alto risco. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 16, n. 8, e0255190, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255190. Acesso em: 14 dez. 2024.

SILVA, M. L. B. *et al.* Cuidados e desafios vivenciados pelos pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 13, n. 5, e5013545767, 2024. Disponível em: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v13i5.45767. Acesso em: 28 nov. 2024.

SILVA, N. V. N. C.; CHERMONT, A. G.; MORAES, P. M. O Banco de leite humano e sua importância para mães e bebês: o grande valor da amamentação. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 5, e44211521969, 2022. Disponível em: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i5.21969. Acesso em: 15 jan. 2025.

SILVA, R. P. *et al.* Violência por parceiro íntimo na gestação: um enfoque sobre características do parceiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 1873–1882, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/9cnkvWyhzhr6dLTYVfzc4MJ/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 15 jan. 2025.

SILVA, V. A. de L.; SILVA, M. C. M. da; BRITO, R. de O. Os Conselhos Tutelares e o direito à educação de crianças e adolescentes no contexto do Distrito Federal. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, [s. l.], v. 16, n. 10, p. 24521–24535, 2023. Disponível em: https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/2537. Acesso em: 20 maio 2025.

SKUPIEN, S. V. *et al.* Rede social de apoio à mulher no aleitamento materno: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [s. l.], v. 12, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.19175/recom.v12i0.4348. Acesso em: 20 jun. 2025.

SOARES, G. N. *et al.* Ocorrência de violência intrafamiliar relacionada ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 44–73, 2021. Disponível em: https://revista.forumseguranca.org.br/rbsp/article/view/1212. Acesso em: 13 abr. 2025.

SOARES, M. K. *et al.* Mortalidade de mulheres com notificação de violência durante a gravidez no Brasil: um estudo caso-controle. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT012823. Acesso em: 20 fev. 2024.

SONTATE, K. V. *et al.* Alcohol, aggression, and violence: from public health to neuroscience. **Frontiers in Psychology**, [s. l.], v. 12, 699726, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.699726. Acesso em: 29 abr. 2025.

SOUSA, F. L. L. de *et al.* Benefícios do aleitamento materno para a mulher e o recém-nascido. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, e12710211208, 2021. Disponível em: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.11208. Acesso em: 3 jun. 2025.

SOUZA, C. B. de *et al.* Promoção, proteção e apoio à amamentação no trabalho e o alcance do desenvolvimento sustentável: uma revisão de escopo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 1059–1072, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.14242022. Acesso em: 3 jun. 2025.

SOUZA, C. *et al.* A importância da assistência de enfermagem no aleitamento materno: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 14, e424111436664, 2022. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36664. Acesso em: 21 maio 2024.

SOUZA, J. P. P. de; MATOS, F. R. N.; PRESTES, I. P. Violência doméstica, Lei Maria da Penha e os fatores que influenciam a denúncia. **NTQR**, Oliveira de Azeméis, v. 19, e858, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.36367/ntqr.19.2023.e858. Acesso em: 2 maio 2025.

SOUZA, L. P. S. *et al.* Ocorrência de violência intrafamiliar relacionada ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 44–73, ago./set. 2021. Disponível em: https://orcid.org/0000-0002-9801-4157. Acesso em: 2 maio 2025.

SOUZA, M. C. de *et al.* O papel do enfermeiro no combate à violência contra a mulher: uma revisão de literatura. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [s. l.], v. 10, n. 4, p. 343–350, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.51891/rease.v10i4.13457. Acesso em: 19 maio 2025.

SOUZA, N. F. D. de *et al.* Influências sociais nas práticas alimentares da dupla mãe-filho nos primeiros seis meses de vida. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 33, e33065, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333065. Acesso em: 20 jun. 2025.

STELWAGEN, M. *et al.* Parents' experiences with a model of integrated maternity and neonatal care designed to empower parents. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, [s. l.], v. 50, n. 2, p. 181–192, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.11.001. Acesso em: 28 nov. 2024.

TASSINARI, T. T. *et al.* Violência de gênero em mulheres universitárias: evidências sobre a prevalência e sobre os fatores associados. **Acta Colombiana de Psicología**, [s. l.], v. 1, p. 105–120, 2022. Disponível em: https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/3281. Acesso em: 14 mar. 2025.

TEIXEIRA, S. V. B. *et al.* Intimate partner violence against pregnant women: the environment according to Levine's nursing theory. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 882–889, dez. 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000600002. Acesso em: 11 mar. 2025.

TEIXEIRA, S. V. B. Violência de gênero contra a mulher grávida perpetrada pelo parceiro íntimo: análise à luz da Teoria de Levine. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, 2013.

TORRES, A. C. A. O. S. *et al.* Orientação do uso da chupeta e sua influência no desmame precoce e nas deformidades orofaciais. **E-Acadêmica**, [s. l.], v. 4, n. 1, e1241418, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.52076/eacad-v4i1.418. Acesso em: 20 jun. 2025.

TORRES, J. da S. *et al.* O papel do enfermeiro na promoção do aleitamento materno na Estratégia de Saúde da Família. **Brazilian Journal of Health Review**, [s. l.], v. 6, n. 6, p. 31511–31524, 2023. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/65588. Acesso em: 18 jun. 2025.

TRAN, L. M.; NGUYEN, P. H.; NAVED, R. T.; MENON, P. Intimate partner violence is associated with poorer maternal mental health and breastfeeding practices in Bangladesh. **Health Policy and Planning**, v. 35, suplemento 1, p. i19–i29, nov. 2020. DOI: 10.1093/heapol/czaa106. Disponível em: https://doi.org/10.1093/heapol/czaa106. Acesso em: 3 set. 2023.

TRAN, T. T. da; MURRAY, L.; VAN VO, T. Violência por parceiro íntimo durante a gravidez e resultados de saúde materno-infantil: uma revisão de escopo da literatura de países de baixa e média renda de 2016 a 2021. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s. l.], v. 22, n. 315, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12884-022-04604-3. Acesso em: 16 jun. 2025.

TRONCO, C. S.; BONILHA, A. L. L.; TELES, J. M. Rede de apoio para o aleitamento materno na prematuridade tardia. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s. l.], v. 19, e46479, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v19i0.46479. Acesso em: 15 jan. 2025.

TURKE, K.; SANTOS, L.; MATSUMURA, L.; SARNI, R. Risk factors for the lack of adherence to breastfeeding. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [s. l.], v. 67, n. 1, p. 107–114, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1806-9282.67.01.20200510. Acesso em: 20 jan. 2025.

UNITED NATIONS POPULATION FUND – UNFPA. **The state of world population 2022: seeing the unseen – the case for action in the neglected crisis of unintended pregnancy**. New York: UNFPA, 2022. 158 p. ISBN 978-9210015004. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2022/03/1784602. Acesso em: 20 jun. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Alimentação infantil I: prevalência de indicadores de alimentação de crianças menores de 5 anos: ENANI 2019**. Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. 135 p. Disponível em: https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/. Acesso em: 2 jun. 2025.

VALENTE, F. M. **Impacto da raça no tempo de aleitamento materno exclusivo e introdução de alimentos ultraprocessados em crianças nascidas em dois hospitais públicos de Porto Alegre.** 2024. 61 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Porto Alegre, 2024. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/273178/001197807.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 15 jan. 2025.

VIEIRA, G. *et al.* Aleitamento materno para profissionais de enfermagem: revisão integrativa. **Revista Recien – Revista Científica de Enfermagem**, [s. l.], v. 14, n. 42, p. 221–231, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.24276/rrecien2024.14.42.221231. Acesso em: 20 jun. 2025.

VILAR-COMPTE, M.; PÉREZ-ESCAMILLA, R.; RUANO, A. L. Interventions and policy approaches to promote equity in breastfeeding. **International Journal for Equity in Health**, v. 21, n. 1, p. 63, 2022. DOI: 10.1186/s12939-022-01670-z. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12939-022-01670-z. Acesso em: 15 mar. 2025.

WALTERS, C. N. *et al.* A experiência materna de violência do parceiro íntimo está associada a práticas de amamentação abaixo do ideal no Malawi, Tanzânia e Zâmbia: insights de uma análise do DHS. **International Breastfeeding Journal**, v. 16, n. 20, 2021. DOI: 10.1186/s13006-021-00365-5. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s13006-021-00365-5. Acesso em: 15 mar. 2025. Autoria confirmada via PubMed .

WILDE, S.; SHEERAN, N.; DOUGLAS, H. O impacto psicológico em mães que sofreram violência doméstica ao navegar no sistema de tribunais de família: uma revisão de escopo. **Psiquiatria, Psicologia e Direito**, [s. l.], v. 31, n. 4, p. 764–791, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1080/13218719.2023.2214927. Acesso em: 17 fev. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Violence against women prevalence estimates, 2018:** global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256. Acesso em: 14 dez. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Equidade de gênero em saúde**. Genebra: World Health Organization, 2021. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/equidade-genero-em-saude. Acesso em: 13 mar. 2025.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO: O desmame precoce nas mulheres em situação de violência doméstica: uma realidade no município de Teresópolis.

OBJETIVOS DO ESTUDO: Caracterizar o perfil sociodemográfico e reprodutivo das mulheres em situação de violência doméstica que desmamaram precocemente; Discutir os fatores que favoreceram o desmame precoce nas mulheres em situação de violência doméstica; Identificar as formas de violência de gênero que as mulheres vivenciaram.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Será mantido total sigilo da sua identidade durante a participação da pesquisa. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, não sendo divulgado seu nome em momento algum, mesmo assim, você tem o direito de não participar do estudo. Todas as participantes serão esclarecidas quanto aos objetivos, procedimentos metodológicos e outras questões relacionadas à pesquisa. Após o aceite de sua participação, você assinará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este Termo ressalta que sua participação na pesquisa é voluntária e o seu consentimento pode ser suspenso a qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo a sua pessoa.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: O estudo será realizado a partir de uma entrevista individual e semiestruturada, com mulheres que possuem filhos de seis (06) a vinte e três (23) meses e vinte e nove (29) dias de idade e será realizada por conveniência, nos dias de atendimento das consultas de puericultura, previamente agendadas na unidade de referência. Serão realizados alguns questionamentos com o propósito de atender aos critérios de inclusão e após esse processo será verificado a possibilidade de realizar a entrevista no mesmo dia. Caso não seja possível, será realizado o agendamento da entrevista com definição de data, horário e local, conforme a sua disponibilidade. A fim de garantir sua privacidade e o conforto, as entrevistas serão realizadas em uma das salas disponibilizadas pela unidade. Se você decidir integrar esse estudo, você participará de uma entrevista individual que durará aproximadamente uma 01 (uma) hora.

GRAVAÇÃO: Todas as entrevistas serão gravadas em áudio e transcritas pela pesquisadora. Serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome

não será utilizado ou citado em nenhum documento. Todos os documentos que fazem parte dessa pesquisa permanecerão arquivados sigilosamente. Os áudios serão utilizados somente para a coleta de dados. Caso sinta-se desconfortável ou constrangida em responder alguma questão da pesquisa, você poderá interromper sua participação imediatamente e retornar a entrevista em outro momento; se desejar não participar mais, poderá também interromper, sem que lhe cause algum prejuízo.

RISCOS: Tendo em consideração que toda a pesquisa oferece algum tipo de risco, esta pesquisa é classificada como risco mínimo e está referente a possíveis instabilidades emocionais, como a aflição e choros pelos relatos das situações vivenciadas. Visando minimizá-las, as perguntas serão claras e pautadas na confiança mútua. Entretanto, ao sinalizar ansiedade ou outra intercorrência, a entrevista poderá ser suspensa a qualquer momento, sem prejuízo a sua pessoa. Com o objetivo de diminuir os riscos, também será assegurada a confidencialidade e privacidade da participante da pesquisa, assim como condições de acompanhamento e orientação, conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

BENEFÍCIOS: O benefício relacionado à participação consistirá na construção do conhecimento científico para a área acadêmica, Enfermagem e Saúde da Mulher, bem como reflexões pessoais resultantes da interação dialogada, mas não será, necessariamente, para benefício direto. Entretanto, fazendo parte desse estudo, a participante receberá mais informações sobre o objeto deste estudo, que tem relevância na formação de Políticas Públicas que beneficiarão as mulheres que vivenciam a violência doméstica e desmamam precocemente.

CONFIDENCIALIDADE: Sua privacidade será respeitada e suas informações serão sigilosas. Seu nome não constará em nenhum documento preenchido por nós ou na gravação. Os dados coletados serão utilizados apenas para fins previstos neste protocolo de pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Os dados coletados nesta pesquisa, mediante entrevistas gravadas, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, pelo período de mínimo cinco (05) anos, conforme a Resolução nº 510/2016. Você não pagará nada para participar desta pesquisa. Aceitando fazer parte desta pesquisa, a entrevista será no Centro Materno-Infantil em uma sala disponibilizada pela unidade. Assim não haverá custo adicional para participar da pesquisa, há garantia de indenização por parte da pesquisadora. Assinando este consentimento, você não desiste de

nenhum de seus direitos, bem como não libera os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. O investigador deste estudo também poderá retirá-la do estudo a qualquer momento, se ele julgar que seja necessário para o seu bem-estar. A gravação da entrevista durará no máximo 1 hora.

RESSARCIMENTO E DANOS: O agente colaborador não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. A pesquisa terá baixo custo, pois serão utilizadas apenas impressões, cartuchos de impressora, encadernação, material de escritório e CD para o desenvolvimento da pesquisa os quais ficarão a cargo do pesquisador, não acarretando qualquer ônus à instituição. Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais, ou seja, não haverá danos financeiros ao participante da pesquisa. Sendo assim, o ressarcimento financeiro não se encaixa nesta pesquisa. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. Danos advindos do risco classificado como mínimo, como: desconforto, ansiedade e outras intercorrências, a entrevista poderá ser suspensa a qualquer momento. Caso seja necessário, a pesquisadora realizará os devidos encaminhamentos à psicologia ou a outro profissional, que achar pertinente.

Nos comprometemos a seguir todas as recomendações do Conselho Nacional de Saúde e às Resoluções 466/12 e 510/2016 que versam sobre a ética em pesquisa com seres humanos.

Caso você aceite participar dessa pesquisa, você receberá uma via do TCLE e, caso queira, como pode entrar em contato com o pesquisador e/ou o Comitê de Ética responsável pela autorização da pesquisa.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: O voluntário receberá uma via do termo onde consta o telefone/e-mail do pesquisador responsável e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, a qualquer momento. Tendo também dados do Comitê de Ética, que é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos aspectos éticos. Isto, para caso de o participante desejar contato com o pesquisador responsável ou com o Comitê de Ética.

Eu, Mariana Braga Salgueiro, enfermeira, pesquisadora principal, mestranda do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem – Programa de Pós-graduação Stricto Sensu, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (PPGENF) - Rua Xavier Sigaud, n. 290, 2º andar - Urca, Rio de Janeiro – RJ. CEP: 22290-180. Telefone: (21) 98567-6236. Email: mariana.salgueiro@edu.unirio.br, sob orientação da Prof.ª Dr.ª Selma Villas Boas Teixeira,

Programa de Pós-graduação Stricto Sensu, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (PPGENF) - UNIRIO. Rua Xavier Sigaud, n. 290, 2º andar - Urca, Rio de Janeiro – RJ. CEP: 22290-180. Tel.: (21) 99984-3931/ selma.teixeira@unirio.br

Caso seja necessário, você poderá entrar em contato também pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone (21) 2542-7796 ou e-mail: cep@unirio.br. Nosso endereço profissional é Rua Dr. Xavier Sigaud nº 290, Urca- Rio de Janeiro, 9h às 16h, as investigadoras estão disponíveis para responder qualquer dúvida que você tenha.

Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

CONSENTIMENTO: Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, firmado abaixo, concordo em participar do estudo intitulado O desmame precoce nas mulheres em situação de violência doméstica: uma realidade no município de Teresópolis.

Eu fui completamente orientada pela Mariana Braga Salgueiro que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Eu pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Além disso, ela me entregou uma via da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.

- Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo e informar a equipe de pesquisa responsável por mim sobre qualquer anormalidade observada.
- Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar.
- Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador e por pessoas delegadas pelo patrocinador.
- Estou recebendo uma via assinada deste Termo.
- Discuti a proposta da pesquisa com esta participante e, em minha opinião, ela compreendeu suas alternativas (incluindo não participar da pesquisa, se assim o desejar) e deu seu livre consentimento em participar deste estudo.
- Eu concordo em participar deste estudo.

Participante Nome:_____

Assinatura:_____

Data: _____

Responsável Nome:_____

Assinatura:_____

Data: _____

Contato do CEP/UNIRIO:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Avenida Pasteur, 296, subsolo do prédio da Nutrição – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240, no telefone 2542-7796. E-mail: cep@unirio.br

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Formulário de entrevista

Data: ___ / __ / ___

Entrevista nº: ___

ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E SOCIODEMOGRÁFICOS

- Idade:
- Cidade de origem:
- Cor autodeclarada:
- Religião:
- Situação conjugal:
- Escolaridade:
- Município e Bairro onde reside:
- Reside com parceiro ou familiares?
- Quantas pessoas residem com você? Quem são?
- Você possui alguma ocupação que gere renda? ( ) Sim ( ) Não. Em caso de resposta afirmativa, qual ocupação e sua renda pessoal?
- Você tem ou teve direito a licença maternidade? Caso a resposta seja afirmativa, qual é ou foi o período?
- Renda mensal familiar:
- Caso tenha parceiro (a), qual a sua idade?
- Caso o filho (a) não seja do parceiro atual, qual é a idade do pai do filho (a)?
- O parceiro ou o pai da criança possui alguma ocupação que gere renda?
  ( ) Sim ( ) Não
- Em caso de resposta afirmativa, qual é a ocupação / profissão?

ASPECTOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

- Orientação sexual:
- Sexarca:
- A 1ª relação sexual foi um desejo seu? ( ) Sim ( ) Não

- Se foi consentida, usou algum tipo de método contraceptivo? ( ) Sim ( ) Não. Em caso afirmativo, qual foi o método utilizado?
- A gestação atual foi planejada e desejada?
- Você recebeu orientações durante o pré-natal e nas consultas de puerpério sobre a importância do aleitamento materno? ( ) Sim ( ) Não. Em caso de resposta afirmativa, quem realizou e quantas orientações você recebeu?
- Quantas consultas de pré-natal você realizou?
- Número de filhos (as):
- Teve algum aborto? ( ) Sim ( ) Não. Em caso de resposta afirmativa, o (s) aborto (s) foi espontâneo ou provocado? O (A) parceiro (a) teve influência sobre essa decisão?
- Você utilizou ou utiliza algum método contraceptivo? Caso sua resposta seja afirmativa, responda qual é o método.
- Algum parceiro (a) já te impediu de utilizar algum método contraceptivo?
- Você já teve alguma IST (Infecção Sexualmente Transmissível)? Se sim, qual?

DESMAME PRECOCE E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

- Quantos meses tinha o bebê quando ocorreu o desmame?
- Quais foram os motivos para ocorrer o desmame?
- Teve apoio de pessoas do trabalho, familiares e parceiro (a) para amamentar?
- Como era a sua rotina doméstica no período de amamentação?
- O pai do bebê era a favor do aleitamento materno?
- Como você se sentiu amamentando o seu bebê?
- Como foi a sua gestação?
- Como é o seu relacionamento com o pai do seu filho (a)?
- Há quanto tempo você se relaciona com seu parceiro (a)?
- Você recebeu apoio do parceiro (a) e da família durante a gestação e no período do aleitamento?
- Você já vivenciou ou vivencia alguma situação que você considera violenta ou que te desagrade nesse relacionamento? Em caso de resposta afirmativa, você pode nos contar um pouco sobre a situação?

- Você já foi forçada a fazer sexo? Caso a resposta seja afirmativa, responda como ocorreu.
- Já houve alguma situação no relacionamento em que você se sentisse intimidada e/ou envergonhada?
- Durante o período da amamentação, houve alguma modificação no seu relacionamento com o pai do bebê? Você se sentiu apoiada por ele ou por sua família no processo de amamentação?
- Houve alguma prática sexual durante a gravidez e / ou no período de amamentação que te desagradou?
- Você utilizou método contraceptivo no período da amamentação?
- Você ou seu parceiro (a) utilizam alguma droga lícita ou ilícita? Vocês fazem uso de bebidas alcoólicas? Se sim, qual a frequência?

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA

UNIRIO

Universidade Federal do Estado do Rio De Janeiro – UNIRIO

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – MESTRADO

TERMO DE ANUÊNCIA

O Centro Materno Infantil – CMI está de acordo com execução do projeto "Desmame precoce nas mulheres em situação de violência doméstica: uma realidade no município de Teresópolis" que será realizado pela pesquisadora Enfermeira mestranda Mariana Braga Salgueiro, do programa de Pós-graduação em Enfermagem – PPGENF – UNIRIO, sob orientação da Profª. Drª. Selma Villas Boas Teixeira, SIAPE: 2310962 – PPGENF – UNIRIO. Os objetivos da pesquisa são: Caracterizar o perfil sociodemográfico e reprodutivo das mulheres em situação de violência doméstica que desmamaram precocemente; Discutir os fatores que favoreceram o desmame precoce nas mulheres em situação de violência doméstica; Identificar as formas de violência de gênero que as mulheres vivenciaram. É de responsabilidade da pesquisadora encaminhar os casos clínicos, que possam emergir em decorrência da pesquisa, às unidades de apoio. A instituição pode contribuir com a disponibilização de espaço físico para a coleta de dados e autorizar a participação das mulheres que acompanham seus filhos de 6 a 23 meses e 29 dias de idade em consultas de puericultura na pesquisa. A pesquisadora e a instituição comprometem-se a assegurar a segurança e bem estar das participantes em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para fins científicos, mantendo sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou comunidades. Antes de começar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar a instituição, o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao sistema CEP/CONEP.

(X) Autorizo o disposto acima

(X) Autorizo citar o nome da Instituição

Teresópolis, 06 de novembro de 2023.

Claudia Miguel C. R. Souza
Mat. 1.09452-1

Nome do responsável institucional e Cargo do Responsável pelo consentimento

Carimbo com identificação ou CNPJ

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP UNIRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O desmame precoce nas mulheres em situação de violência doméstica: uma realidade no município de Teresópolis

Pesquisador: Mariana Braga Salgueiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 76499923.5.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.580.027

Apresentação do Projeto:

Textos dos itens "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" retirados dos documentos do projeto inseridos na Plataforma Brasil pelo(a) pesquisador(a) responsável ou qualquer membro da equipe de pesquisa.

"Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa.
As participantes da pesquisa serão mulheres maiores de dezoito (18) anos de idade, que se relacionem com homens e/ou mulheres e que
acompanhem seus filhos de seis (06) a vinte e três (23) meses e vinte e nove (29) dias de idade nas consultas de puericultura.
Após o parecer favorável emitido pelo CEP, a coleta de dados será iniciada com a captação da clientela alvo, por meio de uma abordagem cordial
com as mulheres, na sala de espera do ambulatório de puericultura. Neste local serão realizados alguns questionamentos com o propósito de
identificar se as mesmas atendem aos critérios de inclusão. Esse recrutamento será realizado por conveniência, nos dias de atendimento das
consultas de puericultura, previamente agendadas na unidade de referência.
A partir desta etapa, caso a mulher atenda os critérios de elegibilidade, a convidaremos para participar da pesquisa. Em caso de aceite, iremos

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição
Bairro: Urca **CEP:** 22.290-240
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br

verificar a possibilidade de realizar a entrevista no mesmo dia, respeitando a disponibilidade da mulher. Caso contrário, será agendado a data e o
local específico para a realização da mesma.
A entrevista será realizada em uma das salas disponibilizadas pela Direção, de forma a garantir a sua segurança e a privacidade das mesmas.
Todas as participantes serão esclarecidas quanto aos objetivos, procedimentos metodológicos e outras questões relacionadas à pesquisa. Após o
aceite de sua participação, assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este Termo ressalta que a participação delas é
voluntária e o seu consentimento pode ser suspenso a qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo a sua pessoa.
A técnica de coleta de dados será a entrevista individual, semiestruturada, com um roteiro de entrevista constituído de três partes, que se constituem
de perguntas abertas e fechadas. A primeira parte versa sobre os dados socioeconômicos e sociodemográficos das mulheres. A segunda aborda as
questões que envolvem os aspectos sexuais e reprodutivos. E a terceira refere-se sobre violência doméstica e desmame precoce.
No que tange às diferentes fases inerentes à análise de conteúdo, neste estudo, optou-se utilizar as etapas da técnica proposta por Bardin (2010).
Essas etapas são organizadas em três fases: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação."

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:
Caracterizar o perfil sociodemográfico e reprodutivo das mulheres em situação de violência doméstica que desmamaram precocemente;Discutir os
fatores que favoreceram o desmame precoce nas mulheres em situação de violência doméstica;Identificar as formas de violência de gênero que as
mulheres vivenciaram."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:
Tendo em consideração que toda a pesquisa oferece algum tipo de risco, esta pesquisa é classificada como risco mínimo e está referente a
possíveis instabilidades emocionais, como a aflição e choros pelos relatos das situações

vivenciadas. Visando minimizá-las, as perguntas serão
claras e pautadas na confiança mútua. Entretanto, ao sinalizar ansiedade ou outra intercorrência, a entrevista poderá ser suspensa a qualquer
momento, sem prejuízo a sua pessoa. Com o objetivo de diminuir os riscos, também será assegurada a confidencialidade e privacidade da
participante da pesquisa, assim como condições de acompanhamento e orientação, conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde
(CNS).
Benefícios:
O benefício relacionado à participação consistirá na construção do conhecimento científico para a área acadêmica, Enfermagem e Saúde da Mulher,
bem como reflexões pessoais resultantes da interação dialogada, mas não será, necessariamente, para benefício direto. Entretanto, fazendo parte
desse estudo, a participante receberá mais informações sobre o objeto deste estudo, que tem relevância na formação de Políticas Públicas que
beneficiarão as mulheres que vivenciam a violência doméstica e desmamam precocemente."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Trata-se de pesquisa proposta por mestranda do PPGENF UNIRIO.
Temática relevante, proposta exequível.

Tamanho da Amostra no Brasil: 30
Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc)?
Não

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Foram apresentados: Folha de rosto adequada; TCLE com todas as exigências da Resolução CNS 466/2012; Cronograma com período de coleta de dados previsto para janeiro a abril/2024; Orçamento com financiamento próprio; TCUD; Instrumentos de coleta de dados; Termo de Anuência da Instituição Coparticipante; Projeto detalhado.

Recomendações:
-

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

Continuação do Parecer: 6.580.027

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa atende aos requisitos da Resolução CNS 466/2012.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a),

Inserir os relatórios parcial(is) (a cada 6 meses) e final da pesquisa na Plataforma Brasil por meio de Notificação.

Consulte o site do CEP UNIRIO (www.unirio.br/cep) para identificar materiais e informações que podem ser úteis, tais como:

a) Modelos de relatórios e como submetê-los (sub abas "Relatórios" e "Notificações" e aba "Materiais de apoio e tutoriais");

b) Situações que podem ocorrer após aprovação do projeto (mudança de cronograma e da equipe de pesquisa, alterações do protocolo pesquisa; observação de efeitos adversos, ...) e a forma de comunicação ao CEP (aba "Tramitação após aprovação do projeto" e suas sub abas).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2260082.pdf	05/12/2023 16:59:01		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura.pdf	05/12/2023 16:56:46	Mariana Braga Salgueiro	Aceito
Outros	Instrumento_de_coleta_de_dados.pdf	05/12/2023 16:45:08	Mariana Braga Salgueiro	Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia.pdf	05/12/2023 16:41:52	Mariana Braga Salgueiro	Aceito
Outros	Declaracao_de_negativa_de_custos.pdf	05/12/2023 16:38:41	Mariana Braga Salgueiro	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_para_uso_de_dados.pdf	05/12/2023 16:37:26	Mariana Braga Salgueiro	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	05/12/2023 16:35:16	Mariana Braga Salgueiro	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	05/12/2023 16:33:51	Mariana Braga Salgueiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/12/2023 16:31:23	Mariana Braga Salgueiro	Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição
Bairro: Urca **CEP:** 22.290-240
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

Continuação do Parecer: 6.580.027

Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	05/12/2023 16:20:26	Mariana Braga Salgueiro	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIO DE JANEIRO, 14 de Dezembro de 2023

Assinado por:
ANDRESSA TEOLI NUNCIARONI FERNANDES
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição
Bairro: Urca **CEP:** 22.290-240
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br